

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE
FACULTÉ DES SCIENCES
SOCIALES ET POLITIQUES
INSTITUT DE SCIENCES SOCIALES

SESSION D'ÉTÉ 2022

Le syndrome prémenstruel : entre pathologisation du corps féminin et résistance envers la biomédecine

Mémoire de master en sciences sociales

Orientation « Corps, médecines, technologies et santé »

Présenté par Adélia Gschwend

Directrice : Maffi Irène (UNIL, ISS)

Experte : Burton-Jeangros Claudine (UNIGE, IRS)



UNIL | Université de Lausanne

Table des matières

Préambule	4
Remerciements	5
Résumé	6
1 Introduction	7
1.1 La catégorie médicale du « syndrome prémenstruel » : quels enjeux ?	7
1.2 Le regard des sciences sociales sur l'expérience péri-menstruelle	10
1.3 Entre pathologisation et (auto)médicalisation	13
1.4 Les origines de la création des catégories « SPM » et « TDPM »	16
2 Déroulement de la recherche	24
2.1 Prise de contact et choix des interlocutrices	24
2.2 Grille d'entretien	26
2.3 Expérience des entretiens	27
2.4 Réflexivité sur ma position en tant que chercheuse	28
2.5 Analyse thématique	29
2.6 Profils de mes interlocutrices : contextualisation	29
I DÉFINITIONS ET REPRÉSENTATIONS ÉMIQUES	32
3 Les symptômes d'une « pathologie »	36
3.1 Une essentialisation du féminin dysfonctionnel	37
3.1.1 Un corps en crise	38
3.1.2 Des hormones déséquilibrées	40
3.1.3 Le SPM : des émotions « anormales »	43
3.1.4 Le TDPM : des émotions pathologiques	47
3.2 Responsabilisation des individus et société du risque	54

3.2.1	La santé comme charge mentale des femmes	55
3.2.2	Les femmes : une catégorie à risque	56
4	Un « trouble » socialement construit	59
4.1	Une manifestation « normale » du corps menstrué	60
4.1.1	Une adaptation du corps	61
4.1.2	Des changements salutaires	65
4.1.3	L'expression des émotions	66
4.2	L'influence de l'environnement	68
4.2.1	Une incitation au « self-care »	68
4.2.2	Un moyen de légitimation	71
4.2.3	Une réaction corporelle au social	75
II	Origine d'un auto-diagnostic	81
5	Le « SPM » : démocratisation d'une catégorie médicale	84
5.1	La transmission intrafamiliale	85
5.2	Menstruations, SPM et féminisme en ligne	87
5.2.1	Littéracie menstruelle en ligne	88
5.2.2	Une porte d'entrée au féminisme	94
5.2.3	Des communautés de partage	97
6	Une prise de distance avec la médecine	103
6.1	Prépondérance des médicaments	105
6.1.1	Le SPM : entre traitements hormonaux et antalgiques	105
6.1.2	Le TDPM : de l'antidépresseur au neuroleptique	110
6.2	Parcours thérapeutiques traumatiques	112
6.2.1	Le SPM : entre errance diagnostique et psychiatrisation	112
6.2.2	Une crainte des violences médicales	116
6.2.3	Une sensibilité au sexisme médical	117

7	Le SPM : nouveaux acteurs, nouvelles controverses	119
III	Annexes	134
A	Grille d'entretien	135
A.1	Informations sur la situation socio-économique	135
A.2	Les menstruations	135
A.3	Le syndrome prémenstruel	136
A.4	Le rapport à la santé et au corps	137
A.5	Autres	137
B	Tableaux récapitulatifs des profils	138

Préambule

Depuis le début de mon cursus, j'ai été hantée par la crainte de devoir me résoudre à m'approprier un sujet de mémoire se référant au corps, à la science ou à la médecine qui ne me m'appartienne ou ne me concerne pas. Me considérant « dans la norme » dans ces domaines, le choix du sujet de recherche fut particulièrement laborieux et a finalement été guidé à la fois par un intérêt général porté aux questions de santé et un vécu personnel qui me procurait un sentiment de légitimité. En outre, j'ai fait face à un tiraillement, relativement paradoxal, d'une part l'impression d'entendre fréquemment des débats sur ce sujet présumant ainsi son analyse exhaustive et d'autre part le pressentiment que ce type de problématique n'était pas adapté à un travail académique. Les propos recueillis lors des interviews furent corroborés et illustrés par une littérature scientifique pertinente, en conséquence, plusieurs angles d'étude purent être dégagés et explorés. Aussi, une fois la recherche terminée, j'ai pris conscience non seulement de la validité de ce thème dans le cadre universitaire mais également de la multiplicité d'approches possibles.

Remerciements

Mes remerciements vont tout d'abord à ma directrice de mémoire, la Professeure Irène Maffi de l'Université de Lausanne, pour sa disponibilité, son encadrement ainsi que ses judicieux conseils m'ayant aidé à développer ma réflexion à chaque étape de la réalisation de ce travail.

Je remercie également la Professeure Claudine Burton-Jeangros de l'Université de Genève, d'avoir aimablement accepté le rôle d'experte lors de ma soutenance.

Ensuite, je souhaite manifester toute ma gratitude envers les vingt-quatre femmes interrogées pour leurs contributions essentielles. En plus, de m'accorder du temps pour participer à ma recherche, elles m'ont suffisamment fait confiance pour témoigner de sujets intimes. Merci à Leslye Granaud, créatrice du compte Instagram « SPMtaMere », d'avoir partagé publiquement mon appel à participant.e.s ainsi qu'à toutes les personnes m'ayant contactée via différentes plateformes.

Finalement, j'exprime toute ma reconnaissance envers Anita Gschwend, Tim-Aline Biderbost et Pauline Henckaerts pour leurs relectures attentives, leurs corrections et leur précieux soutien ainsi qu'envers tous.te.s mes ami.e.s, ma famille et le Docteur Gauthier Rousseau pour m'avoir accompagnée émotionnellement et encouragée tout au long de cette année.

Sans eux/elles, ce travail n'aurait pas été possible.

Résumé

Cette recherche porte sur les discours, les représentations et les expériences autour du syndrome prémenstruel (SPM) et du trouble dysphorique prémenstruel (TDPM). Sur la base d'entretiens réalisés avec vingt-quatre femmes, ce travail questionne les processus « d'auto-diagnostic » de ces troubles à partir des définitions émiques et de la circulation de ces termes et interroge l'influence de cette catégorie diagnostique sur les vécus prémenstruels des interlocutrices.

Depuis l'Antiquité la médecine confère un statut intrinsèquement pathologique au corps féminin et à son système reproducteur. Ces représentations engendrent la création de catégories nosographiques genrées tels que le SPM et le TDPM, dont l'explication hormonale figure parmi l'un des justificatifs à la bicatégorisation des sexes. Aussi, les cadres de représentation biomédicaux percolent dans les perceptions que mes interlocutrices ont de leur SPM. Certaines médicalisent leurs ressentis, voire « s'auto-pathologisent », tandis que d'autres en identifient les causes environnementales ou sociales et les normalisent ou même les apprécient.

Ainsi, une sensibilisation aux questions féministes en amène quelques-unes à reconsidérer ces symptômes comme des réactions au sexisme, notamment grâce à une démocratisation des discours féministes et du militantisme menstruel en ligne. En outre, les causes principales d'un auto-diagnostic chez mes interlocutrices résultent d'une perte de confiance globale envers la biomédecine en raison de scandales sanitaires et de leur parcours thérapeutiques personnels jalonnés de violences médicales. Finalement, les enjeux et les acteurs gravitant autour de la question du syndrome prémenstruel se réactualisent et émergent continuellement au sein des nombreuses arènes discursives où se construit l'expérience péri-menstruelle.

1. Introduction

1.1 La catégorie médicale du « syndrome prémenstruel » : quels enjeux ?

Lorsque l'on traite de la thématique des sensations et perceptions du corps pendant la période prémenstruelle, une multitude d'enjeux relatifs à des problématiques relevant de débats à la fois politiques, sociologiques et scientifiques s'entrecroisent. En outre, des interrogations sur le « syndrome prémenstruel » permettent des réflexions élargies sur différents aspects des parcours de vie des personnes menstruées et de leurs représentations. Des discussions autour du statut à attribuer à cette catégorie diagnostique récente suscitent des polémiques, en créant notamment des divisions au sein des mouvements féministes et des tensions dans les milieux médicaux. Par ailleurs, l'aspect historiquement et culturellement construit de ce syndrome est illustré par sa plus grande prévalence dans les sociétés du Nord global et la différence des symptômes répertoriés en fonction de la culture d'appartenance et de la classe sociale des personnes étudiées (Martin, 1988 ; Sabourin-Guardo, Gamache, & Dubois-Comtois, 2020, p. 286). Dès lors, le corps peut être considéré dans sa matérialité propre et comme objet discursif. Cette considération met en exergue le phénomène à la fois biologique et culturel que sont les menstruations (Andreasen, 2020). Ces points renvoient à des questionnements classiques en anthropologie telle que la dichotomie entre « nature » et « culture » (par ex. Lévi-Strauss, 1958) ou entre le « normal » et le « pathologique » (Canguilhem, 1966). Par ailleurs, les discussions autour de la matérialité du corps mettent en lumière des interrogations d'ordre épistémologique sur le rôle des sciences médicales et psychiatriques dans la bicatégorisation des identités sexuées.

Ainsi, le « syndrome prémenstruel » ou «SPM» a été analysé par certain.e.s chercheur.euse.s comme pure construction sociale légitimant une oppression patriarcale et un partage sexué des rôles. D'autres perspectives d'anthropologie culturelle ont considéré les souffrances prémenstruelles comme une forme de langage symbolique du corps en réaction à différentes formes de répressions (Martin, 1988; Stolberg, 2000, p.10). Dans le langage scientifique, il consiste en une catégorie médicale mobilisée pour décrire les inconforts ressentis par les personnes menstruées jusqu'à dix jours avant leurs règles (Yonkers, O'Brien, & Eriksson, 2008). Ce syndrome se manifeste par une constellation de symptômes à la fois physiologiques (douleurs, tensions mammaires, rétentions liquidiennes, migraines, ballonnements, modifications de l'appétit, etc.) et psychiques (changements d'humeur, déprime, anxiété ou insomnie) (Piccand, 2012). La recherche n'est pas parvenue à un consensus stable dans la définition de ce « trouble », les statistiques concernant sa prévalence allant de 7 à 53 % de la population menstruée (Epperson et al., 2012) dans certains articles et jusqu'à 80% dans d'autres (Piccand, 2012). Son diagnostic se fonde principalement sur une auto-analyse, les femmes devant relever elles-mêmes des symptômes caractéristiques pendant plusieurs cycles de suite (Epperson et al., 2012). Cette catégorie nosographique s'est donc configurée à la fois sur la base de conceptions médicales mais aussi sur base des discours des femmes relatant leur expérience. Ce terme a connu une réécriture psychiatrique appelée « trouble dysphorique prémenstruel », une version aggravée du «SPM». Cette catégorie comprend les symptômes psychologiques intenses, comme la dépression ou les pensées suicidaires ressenties par certaines durant leur cycle.

Selon Robyn Stein DeLuca (2017), au cours des vingt dernières années cette catégorie nosographique a percolé dans le langage courant. Elle se réfère alors à des expressions telles que « Je suis en SPM » ou en anglais «I'm PMSing» et ajoute que ces termes sont couramment employés dans des séries télévisées ou des

émissions grand public. Dans ce mémoire, je me demanderai alors de quelle manière cette terminologie médicale est utilisée et comprise par des personnes menstruées pour décrire leurs ressentis. Dès lors, mon questionnement portera sur le processus d'« auto-diagnostic »,¹ m'interrogeant aussi sur la définition émique de ce terme, sa circulation et l'influence sur les vécus respectifs des personnes interrogées. Cette problématique m'amènera à analyser, sur la base de la théorie foucauldienne des biopolitiques (Foucault, 1994), l'hégémonie des discours biomédicaux dans la manière de penser le parcours menstruel aujourd'hui. Je mettrai alors en lumière une oscillation dans les discours de mes interlocutrices entre une subjectivation médicalisée du corps féminin et une prise de distance envers la médecine conventionnelle, voire à une appropriation d'autres régimes de représentations et de conceptualisations des menstruations. Pour analyser ces phénomènes, j'ai fragmenté ma problématique en une série de sous questions : Comment les personnes menstruées se diagnostiquent-elles un «SPM»? Pourquoi s'agit-il principalement d'un auto-diagnostic? Comment les symptômes sont-ils vécus au quotidien? Comment mes interlocutrices s'expliquent-elles et comprennent-elles leurs ressentis? Et finalement, le vécu des personnes se diagnostiquant un «TDPM» diffère-t-il de celui des autres?

Ce travail se composera de quatre parties. Tout d'abord, je procéderai à une revue de la littérature mobilisée pour mon étude ainsi qu'à un bref historique de la construction des catégories «SPM» et «TDPM». Je décrirai par la suite la méthodologie adoptée dans cette recherche et contextualiserai les profils des personnes interviewées. La première partie de mon analyse reviendra, dans un premier temps, sur les discours de mes interlocutrices renvoyant à une vision pathologique et essentialisante du corps menstrué. Je me pencherai également sur le lien entre le vécu du TDPM et la création de troubles psychiatriques genrés.

¹Terme défini plus bas.

Dans un second temps, je mettrai en lumière les nuances dans leurs propos, montrant alors que la période prémenstruelle est normalisée et dé-pathologisée par certaines. Dans ma seconde partie, je traiterai de la manière dont mes interlocutrices ont pris connaissance du terme « SPM ». Ce chapitre portera principalement sur l'influence qu'ont exercé les réseaux sociaux sur leurs conceptions de leurs menstruations et de leur corps. Par la suite, j'exposerai comment la sensibilisation à certaines thématiques féministes ainsi que leurs parcours thérapeutiques individuels ont incité mes interlocutrices à une certaine méfiance envers les pratiques et les discours médicaux.

1.2 Le regard des sciences sociales sur l'expérience péri-menstruelle

Au sein de la sociologie, de l'anthropologie et des études d'histoire de la médecine, plusieurs auteur.e.s se sont intéressé.e.s aux enjeux relatifs aux représentations culturelles et à la gestion des menstruations. Dans le livre *Blood Magic : the anthropology of menstruation*, un recueil d'enquêtes ethnographiques sur les menstruations, les anthropologues américains Thomas Buckley et Alma Gottlieb (1988) soulignent que les règles et les systèmes symboliques dans lesquelles elles s'intègrent ont longtemps été étudiés en tant que tabou universel et transculturel régi par des normes d'organisation sociétales ou religieuses (Durkheim, 1987; Douglas, 1966) (p. 1). Cette focalisation historique de l'anthropologie sur le tabou menstruel a alors eu tendance à réaffirmer des processus de domination masculine légitimés notamment par l'existence des menstruations. Ces deux auteur.e.s constatent qu'afin d'éviter ces biais androcentriques, il est nécessaire de s'intéresser aux discours et aux vécus des femmes menstruées. La même année, Emily Martin (2001) écrit *The woman in the body : a cultural analysis of reproduction*, recherche dans laquelle elle donne la parole à des femmes à propos sur différentes étapes de leur vie reproductive telles

que les règles, la grossesse et la ménopause. En 2020, Chris Bobel, Winkler et al. éditent *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies*. Cet ouvrage encyclopédique regroupe un ensemble de recherches et d'approches différentes relatives aux menstruations. Dans son texte « Introducing Menstrunormativity : Toward a Complex Understanding of 'Menstrual Monsterings' », Josefin Persdotter (2020) développe le concept de normativité menstruelle pour comprendre les normes et les discours qui régissent l'expérience menstruelle et, par extension, la période prémenstruelle.

Dans son article « Premenstrual Syndrome : Discipline, Work and Anger in Late Industrial Societies », Martin (1988) propose une analyse marxiste du syndrome prémenstruel et l'analyse en tant que réactions physiques et psychologiques aux diverses oppressions systémiques subies en fonction du sexe, de la classe et de la « race »². Cette analyse replaçant le syndrome prémenstruel non plus uniquement comme un phénomène physiologique mais comme des réponses corporelles résultant de problématiques politiques et sociales, a influencé la littérature scientifique sur ce sujet, par exemple en 2002 l'étude qualitative canadienne «Health and Sickness : The meaning of menstruation and premenstrual syndrom in Women's lives» de la sociologue Shirley Lee (2002) ou encore les psychiatres Jane M. Ussher (2003, 2013, 2020) et Janette Perz (2013, 2020) qui s'intéressent, à la manière dont les femmes perçoivent et conceptualisent leurs menstruations, leur SPM ou encore leur trouble dysphorique prémenstruel.³. Depuis son instauration en tant que catégorie psychiatrique dans les années 1980, ce « trouble » fait l'objet d'un corpus important de littérature médicale sur le sujet. Les uns cherchant à

²Emily Martin utilise ce terme dans son livre

³Lee (2002) mentionne Britton, 1996; Cumming, Urion, Cumming, & Fox, 1994; Gurevich, 1995; Hall, 1994; Jarvis & McCabe, 1991; Martin, 1987; Reilly & Kremer, 1999; Woods et al., 1992 (p.26)

cerner l'étiologie de ces symptômes (Epperson et al., 2012), les autres à légitimer la présence du «TDPM» dans le DSM-V (Rapkin & Winer, 2009) et certains décrivant la validité de cette catégorie diagnostique (Sabourin-Guardo et al., 2020).

Dans son article « The Monthly Malady : an history of premenstrual suffering», Michael Stolberg (2000) adopte une approche historique de la catégorie médicale du SPM et analyse les représentations dont elle est issue de l'Antiquité jusqu'aux analyses socio-culturelles de Martin. De la même manière, Loes Knaapen et George Weisz (2008) retracent les différents processus et discours ayant engendré la standardisation biomédicale du « syndrome prémenstruel ». Dans son mémoire, Laura Piccand (2012) s'est inspirée de ces recherches et les a transposées à l'épistémologie du TDPM et aux débats contemporains le concernant. Sally King (2020) considère le SPM à travers le mythe de « la femme irrationnelle ». Dans son étude, le SPM est replacé dans le cadre des processus historiques de psycho-pathologisation des femmes dont les premières analyses remontent à 1976 lorsque Michel Foucault s'intéressait à ce qu'il appelait l'hystérisation dans les discours psychiatriques. Francesca Arena (2013, 2016) (Arena, Chiletta, & Coffin, 2015), dont les travaux portent sur l'histoire de la médecine et du genre à l'époque moderne et contemporaine, a également étudié les relations entre corps féminin et troubles psychiatriques, notamment la pathologie des « folies puerpérales ».

Alors que tout un versant de ces recherches porte sur la question des biais androcentriques dans la recherche (Jaunait, Raz, & Rodriguez, 2014), un autre s'intéresse à l'histoire de la bicatégorisation des identités sexuées par la médecine (Gardey, 2006). Elsa Dorlin (2007) analyse, par exemple, la manière dont, depuis l'Age classique, la médecine a quasi systématiquement pathologisé le corps féminin. Des études portent également sur les mécanismes de médicalisation de la vie reproductive, par exemple à travers des analyses des discours médicaux et sociétaux sur la ménopause, catégorie médicale genrée au même titre que le SPM

(Charlap, 2015 ; Delanoë, 2007). Ces analyses s'intègrent dans une critique plus large de la médicalisation de la vie humaine qui remonte aux années 1970. Luc Berlivet (2004) et Nikolas Rose (2007) s'inspirent des théories foucaaldiennes du biopouvoir et décrivent les processus de responsabilisation des individus à travers des technologies sanitaires de subjectivation comme les politiques d'éducation à la santé. Ces théories portent sur l'agentivité des individus dans la démocratie sanitaire contemporaine (Bureau-Point & Hermann-Mesfen, 2014).

Au cours, des dix dernières années, ces technologies de subjectivation ont également été analysées au travers des réseaux sociaux de même que leur impact sur les représentations individuelles. Dans l'étude de Nahia Mondragon Idoiaga et Maitane Belasko Txertudi (2019) «Understanding menstruation : influence of gender and ideological factors», il est expliqué qu'une conscience féministe influence une représentation positive des menstruations. Aussi, le militantisme en ligne apparaît comme un des médias principaux de sensibilisation aux questions féministes, jouant ainsi un rôle central dans la thématization et la discussion sur des questions contemporaines de santé, de genre et de rapport au corps (Andreasen, 2020 ; Bertrand, 2018 ; Bobel & Fahs, 2020 ; Gaybor, 2020).

1.3 Entre pathologisation et (auto)médicalisation

Les représentations et les discours que mes interlocutrices adoptent sur leur corps, leur santé et leurs menstruations résultent de différents processus, historiques, sociaux et sanitaires. Tout d'abord, le syndrome prémenstruel est issu d'une série de processus amenant à la pathologisation du corps féminin. Ce concept peut être défini comme un système de représentations différenciant un corps «neutre et sain» d'un corps féminin « faible et pathogène ». Cette vision infériorisant le corps des femmes s'est développée au cours des siècles à travers différentes théories médicales colportant cette pensée patriarcale comme l'utérus

baladeur ou encore l'hystérie. Aussi, les représentations qui en découlent sont encore décelables dans les catégories nosographiques et les pratiques médicales actuelles. Jocelyn Le Blanc (2004) résume la manière dont, dans les discours médicaux, savoir-pouvoir et matérialité du corps féminin se sont entremêlés dans une pratique d'objectivation : « perplexes devant le mystère d'un corps et d'un sexe qui enfantent, les médecins assujettiront ce corps autre à leurs discours » (p.14). Ce concept renvoie ainsi à une perception dichotomique et essentialisante des identités sexuées (Charlap, 2015). À travers ces représentations, les femmes sont également psycho-pathologisées; le système reproducteur féminin étant associé à des déséquilibres mentaux, impactant la création de catégories psychiatriques genrées (King, 2020).

Ensuite, depuis le XIX^e siècle, une transformation socioculturelle dans les pays industrialisés « confère une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes » (Fassin, 1998, p. 5 cité dans de La Rochebrochard & Leridon, 2008, p. 4). Ce phénomène conceptualisé sociologiquement sous la notion de médicalisation⁴ impacte davantage les femmes en raison du cadre de représentation pathologique de leur corps. Cette reconfiguration sanitaire modifie, par exemple, le traitement contemporain de la santé reproductive et conduit « à redéfinir et traiter des problèmes non médicaux comme des problèmes médicaux, généralement en termes de maladies » (Conrad, 1992, p. 209 cité dans De la de La Rochebrochard & Leridon, 2008, p. 4). Selon Daniel Delanoë et Pierre Aiach (2007) nous nous trouverions actuellement dans « l'ère de la médicalisation » car celle-ci touche et reconfigure tous les domaines de l'existence, notamment celui de la santé mentale

⁴Il est à souligner que depuis les premières utilisations de ce concept dans les années 1970, ses (ré)interprétations ont fait l'objet de nombreux débats au sein même des sciences sociales (Busfield, 2017).

(cités dans de La Rochebrochard & Leridon, 2008, p. 5).⁵ Laura Mamo et Jennifer Ruth Fosket (2009) se montrent critiques envers l'évolution de ce phénomène affirmant que nous assistons à une révolution technoscientifique accordant un rôle significatif à l'industrie pharmaceutique dans la gestion de la vie humaine (p. 927).

Aussi, cette médicalisation croissante de la vie humaine engendre-t-elle une responsabilisation des individus, à leur propre santé, les incitant à s'auto-diagnostiquer des troubles à travers des politiques de prévention et d'éducation. L'« auto-diagnostic » correspond alors aux processus de savoir-pouvoir qui structurent la manière dont les catégories médicales parviennent aux individus et dont ils les utilisent (ou pas) pour se subjectiver. Nikolas Rose (2007) décrit la subjectivation comme

« des régimes de connaissances à travers lesquels les êtres humains parviennent à se reconnaître comme un certain type de créature, les stratégies de régulation et les modes opératoires auxquelles ces régimes de connaissances sont connectés, et les relations que les humains ont établies en eux pour se considérer comme des sujets »
(Ma traduction ⁶ p.11 cité dans Ussher, 2003 p. 133).

Cette nouvelle perception de la vie humaine a reconfiguré la relation des individus avec leurs maladies, leur santé et avec leur vie même. Modifiant ainsi leurs liens avec les autorités biomédicales et la manière dont ils se considèrent en tant qu'« individus somatiques » (*somatic individuals*) (Rose, 2007, p. 6). Dès lors, ce terme

⁵« Autrefois définie par l'absence de maladie ou d'infirmité, la santé est désormais caractérisée selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) par « un état de complet bien-être physique, mental et social ». Avec cette nouvelle définition, la santé prend une nouvelle dimension, au point qu'elle a conduit à établir l'équivalence entre santé et bonheur (Skabanek, 1995, p. 44 cité dans De La Rochebrochard & Leridon, 2008, p. 6-7).

⁶Toutes les citations directes en anglais sont ma propre traduction en français.

décrira la manière dont les interlocutrices prennent connaissance de l'existence de la catégorie médicale du «SPM», puis l'opérationnalisent dans leurs quotidiens. Etant donné que les symptômes prémenstruels constituent des expériences biopsychosociales individuelles et subjectives, la question de l'auto-diagnostic apparaît comme centrale (Halbreich, 2007 cité dans King, 2020, p. 295). Ce syndrome n'étant, de ce fait, pas mesurable, le diagnostic formel se base principalement sur un processus d'auto-diagnostic (*self-report*) et d'évaluation de l'intensité des symptômes par les personnes touchées. Ussher (2003) décrit finalement un mécanisme d'«auto-pathologisation». (p.12). Dans mon travail, je me servirai de ce terme pour décrire la manière dont, à travers une démarche d'auto-diagnostic, les discours et perceptions corporelles des femmes elles-mêmes relèvent de la pathologisation. Les discours biomédicaux forment les conceptions que les individus ont de la santé et de la maladie ainsi que les manières d'être dans leur corps (*embodiment*) et procèdent parfois à une pathologisation de leur fonctionnement « normal » (Mamo & Fosket, 2009). Sylvie Fainzang (2012) analyse une augmentation de l'« d'auto-médicalisation » qu'elle définit par « la tendance à décider soi-même de faire d'une situation donnée un problème à traiter médicalement et la stratégie pour y faire face » (p. 152 citée dans Sarradon-Eck, Dias, & Pouchain, 2020, p. 11).

1.4 Les origines de la création des catégories

« SPM » et « TDPM »

Des symptômes physiologiques associés au cycle menstruel ont déjà été décrits dans l'un des plus anciens textes médicaux retrouvés à ce jour : « The Kahun Gynaecological Papyrus » (1800 av. J-C.) (King, 2020, p. 288). Le « SPM » et le « TDPM » ont été construits en tant qu'objets biomédicaux à travers un ensemble de techniques, de stratégies, de ressources et de discours, qui ont produit et ont été produits par les conceptions biomédicales d'un corps et d'un psychisme

féminin intrinsèquement plus vulnérable (Knaapen & Weisz, 2008, p. 120; Piccand, 2012, p.1). Dans son article, Stolberg (2000) souligne l'importance d'une perspective historiographique pour mieux comprendre les représentations que ces termes sous-tendent : « Avant que l'on puisse correctement s'attaquer à la construction « sociale » du SPM, nous devons d'abord décrire et examiner les notions historiques de la souffrance prémenstruelle en relation avec l'évolution des perceptions autour des menstruations et du corps » (p. 303)

Elsa Dorlin (2007) note que depuis la théorie humorale d'Hippocrate jusqu'à l'Âge classique, « le corps des femmes est le paradigme du corps malade » (p. 25). À l'Âge classique (du XVI^e au début du XVIII^e siècle) le corps et les différences sexuées étaient compris à travers la notion médicale de tempérament selon laquelle : « Le corps est composé de plusieurs humeurs qui ont chacune des qualités différentes [...] La santé idéale consiste dans l'équilibre et dans le parfait mélange de toutes ces humeurs. En pratique, cet équilibre n'existe pas et le type sain s'apparente au tempérament sanguin, considéré comme le plus parfait des tempéraments, mais aussi comme le plus typiquement masculin. Au contraire, la maladie est l'excès ou le défaut de l'une des humeurs » (Dorlin, 2007, p. 18). Jusqu'au XVIII^e siècle, les médecins définissent des identités sexuées à travers cette conceptualisation, l'inégalité entre les sexes se justifiant par un tempérament plus flegmatique et donc pathogène des femmes. Dans cette optique, les écoulements menstruels prouvent une soi-disant incapacité des femmes à maîtriser leur corps engorgé et agonisant (Dorlin, 2007, pp. 18-19). La création moderne du « syndrome prémenstruel » en tant que catégorie diagnostique pathologisante remonte à cette représentation du corps et de la (mauvaise) santé présumée des femmes. Dans cette optique, les menstruations étaient perçues comme un processus cathartique et purificateur permettant d'éliminer un surplus sanguin dans le corps (le sang des femmes étant longtemps considéré comme plus sale et

toxique) (Stolberg, 2000, p. 305). Cependant, un corps de femme « sain » consistait en un corps exerçant sa fonction reproductive, la présence des règles était alors un signe inquiétant de stérilité (Dorlin, 2007, p. 27).

À la fin du XVII^e, début du XVIII^e siècle apparaît la notion de « santé des femmes » dont seront issues plus tard la gynécologie et l'obstétrique (termes apparus en 1830). Cette conception d'un corps féminin devant bénéficier d'un suivi médical qui lui est propre, renforce l'idée d'une plus grande faiblesse de celui-ci. En revanche, aucun traité ne fait mention de maladies spécifiques aux hommes, ceux-ci ne constituant pas un groupe « physio-pathologique » défini par leur genre. (Dorlin, 2007, p. 21). À la même époque, sous l'influence des travaux de Thomas Sydenham, « l'hystérie » est reclassifiée passant d'une affection gynécologique à un état nerveux inhérent aux femmes, lié à une instabilité émotionnelle et une faiblesse nerveuse (Gilman et al., 1993, 143-46 cités dans King, 2020, p. 288).

Par la suite, on voit apparaître une série de traités de « pathologies féminines » comme par exemple : la ménopause et les fièvres de lait (Arena, 2016 ; Delanoë, 2007). Selon Cécile Charlap (2015) : « La catégorie « ménopause » émerge [...] d'une nouvelle épistémè qui donne lieu à « une intensification du corps – à sa valorisation comme objet de savoir et comme élément dans les rapports de pouvoir » (Foucault, 1976, p. 141) (p. 61).⁷ Dans ces traités, les souffrances menstruelles et prémenstruelles n'étaient pas encore considérées en tant que

⁷ « En effet, si la théorie humorale associe les humeurs à des sexes différents depuis l'Antiquité, la différence entre les sexes, telle qu'elle sera entendue à partir de la fin du XVIII^e siècle ne domine pas : avant le XIX^e siècle prévaut un mode de pensée sous-tendu par l'idée que « les frontières entre mâle et femelle sont de degré » (Laqueur, 1992, 42). [...] Or, à partir de la fin du XVIII^e siècle, le corps et ses fluides deviennent les principes d'une distinction opérée entre les deux sexes. Ainsi, « la menstruation devient progressivement au cours du XVIII^e siècle une caractéristique physiologique féminine, alors qu'elle était pensée jusqu'ici, soit comme un châtime, soit comme une pléthore naturelle ou pathologique, [...] par conséquent, elle n'était pas véritablement considérée par les médecins comme la marque distinctive d'un sexe » (Dorlin, 2007, p. 34, note 10 citée dans Charlap, 2018, p. 62)

pathologies spécifiques. Les plaintes recueillies à ce sujet provenant de citadines de classe moyenne supérieure, elles étaient associées à leur environnement et mode de vie malsain dû à une alimentation trop riche et à une moindre activité physique ainsi qu'au fait de moins enfanter; la nature ne destinant les femmes qu'à une seule chose : être mère (Fauvel, 2013 ; Stolberg, 2000, p. 31).

À la fin du XIX^e siècle, les menstruations sont pour la première fois mises en relation avec une attitude que l'on appelle « faiblesse nerveuse ». (Fischer-Homberger, 1988 cité dans Piccand, 2012, p. 1). Comme le relève Piccand (2012) : « Dans ce modèle, « l'irritabilité » (Reizbarkeit) de certains organes, tels que les ovaires dans le cas de l'hystérie, combinée à une irritabilité plus générale du système nerveux, provoque les « attaques » ». À cette époque, le système nerveux est vu comme le centre du processus de la menstruation. Celle-ci est assimilée à « un état analogue aux attaques hystériques, une sorte d'hystérie » (Fischer-Homberger 1988, p. 61 cités dans Piccand (2012), p. 1-2).

À cette période, le regard que la médecine porte sur la physiologie du corps menstrué change en ne se focalisant plus juste sur les ovaires et l'utérus mais considérant les changements de la totalité de l'organisme durant le cycle. Les travaux de Sigmund Freud ont catégorisé formellement le diagnostic « d'hystérie » comme une forme de névrose psychologique, influençant significativement les discours et perceptions globaux du début du XX^e siècle (King, 2020, p. 288). Les aliénistes cherchèrent à délimiter les différences d'intellects entre les hommes et les femmes sur la base des distinctions physiques : « Pour les plus convaincus du lien indéfectible entre corps et esprit, tout le mystère de la psyché féminine se trouvait même là : dans les ovaires, l'utérus et la vulve » (Fauvel, 2013).

Dans les années 1920, l'identification des hormones sexuelles permet une nouvelle interprétation endocrinologique des règles (et une nouvelle compréhension endocrinologique des identités sexuées) (Gardey, 2006). À partir de cette découverte, les inconforts prémenstruels furent considérés par le prisme hormonal, ce modèle permettant d'établir le lien entre symptômes psychiques et période prémenstruelle : « puisqu'il permet d'expliquer « des plaintes concernant n'importe quelle partie du corps à n'importe quel moment du cycle menstruel » (Stolberg, 2000 cité dans Piccand, 2012, p. 2). C'est en 1931 dans un article présenté à l'Académie de médecine de New York que le gynécologue Robert T. Frank documente une pathologie appelée « tension prémenstruelle » chez un large groupe de femmes (Piccand, 2012 ; Stolberg, 2000). Selon lui, les symptômes physiques et psychologiques se manifestant quelques jours avant les menstruations étaient dus à l'accumulation de ce qu'il appelle les « hormones sexuelles féminines » (*the female sex hormone*) : les œstrogènes (Frank, 1931 cité dans Ussher, 2003, p. 132). Tandis que T. Franck décrivait les symptômes prémenstruels comme signes de dysfonctionnement du corps menstrué, la même année la psychanalyste Karen Horney analysait ces manifestations psychologiques comme culturellement construites, les décrivant comme des signes, des anxiétés et des fantasmes associés à la grossesse combinées aux frustrations dues aux restrictions culturelles entourant la sexualité féminine.

Après la Seconde Guerre mondiale, la médecine s'intéressa davantage à cette problématique, notamment pour des raisons économiques, suite à l'entrée des femmes sur le marché du travail : les femmes devenant à la fois outils de production et nouvelles consommatrices (Stolberg, 2000, p. 316).⁸ En 1953, les médecins Katharina Dalton et Raymond Greene, proposèrent dans le British

⁸« Avec l'augmentation des femmes comme force de travail, les potentiels effets négatifs des menstruations, aussi bien sur les performances de travail physiques que mentales, commencèrent à susciter de l'intérêt, un intérêt qui ne fit que grandir durant la seconde Guerre Mondiale » (Stolberg, 2000, p.315)

Medical Journal de créer la catégorie diagnostique du « syndrome prémenstruel » (SPM)⁹ qui regrouperait l'ensemble des symptômes relevés par T. Franck (Piccand, 2012, p. 2) et érigèrent la progestérone en traitement de référence pour apaiser ces maux (Knaapen & Weisz, 2008, p. 124). Dalton contribua également à perpétuer la relation entre cycle menstruel et troubles mentaux en les exploitant afin d'atténuer une peine de prison pour meurtre, celui-ci ayant été soi-disant commis « sous l'influence du SPM » (King, 2020, p. 290). Ce cas fit jurisprudence par la suite (Martínez, 2017).

La fin des années 1960 et le début des années 1970 sont marquées par plusieurs révolutions sanitaires concernant les femmes. D'une part, l'autorisation et la démocratisation de la pilule contraceptive a engendré une médicalisation et une féminisation du travail contraceptif, entraînant un désinvestissement masculin (Thomé & Rouzard-Cornabas, 2017, p. 120). D'autre part, cette époque voit apparaître plusieurs mouvements féministes par exemple les « Womens'health movements » aux États-Unis. Ces derniers revendiquaient le droit des femmes à disposer librement de leur corps (revendiquant notamment le droit à l'avortement) et critiquaient « leur infériorisation sociale au nom d'arguments biologiques et de la médicalisation » (Vuille, Rey, Fussinger, & Cresson, 2006, pp. 7, 11). De plus, ces mouvements ont mis en lumière les nombreux biais androcentriques dans la recherche, amenant ainsi les instances médicales à inclure davantage d'études sur les maladies affectant principalement les femmes (Vuille et al., 2006, p. 9). Des activistes menstruelles (*menstrual activists*) ont aussi cherché à supprimer les stigmates et la honte liés aux menstruations et à les conceptualiser comme des sources d'« empowerment » et de sororité (Bobel & Fahs, 2020, p. 1003).

⁹En anglais « Premenstrual symptom » ou « PMS »

Durant cette époque, la biomédecine entre dans une phase de standardisation et une globalisation des tests cliniques, par exemple, l'utilisation de biomarqueurs dans les études en laboratoire est devenue la norme dans les recherches sur les composantes hormonales des maladies. Le syndrome prémenstruel, ne se diagnostiquant pas au travers de valeurs mesurables, devient objet de débats au sein de la recherche, les scientifiques n'arrivant pas à isoler une réaction hormonale spécifique (Knaapen & Weisz, 2008, p. 126). Piccand (2012) est revenue sur toutes les hypothèses que la biomédecine a émises, à partir de la découverte des hormones sexuelles, pour expliquer ces symptômes : des explications purement hormonales, neuro-endocriniennes ou en lien avec une sensibilité accrue des neurotransmetteurs de certaines personnes. Elle précise qu'encore aujourd'hui aucun consensus médical n'a été établi sur l'étiologie exacte de ce « trouble » (p. 4).

C'est en 1983, qu'une réécriture psychiatrique du syndrome prémenstruel apparaît dans la littérature médicale, sous le nom de « trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) »¹⁰ (Piccand, 2012, p. 1). Il est proposé par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), et se concentre sur les symptômes psychiques graves du syndrome prémenstruel (Piccand, 2012, p. 2). Ce trouble serait une version aggravée du SPM et toucherait 3 à 8% des personnes menstruées, les handicapant dans leur vie sociale, professionnelle et familiale (Piccand, 2012, p. 2). L'apparition de cette nouvelle catégorie diagnostique cristallisera de nombreuses polémiques, principalement aux États-Unis, entre la médecine, la psychiatrie et les mouvements féministes (Piccand, 2012, p. 2). Cette nouvelle catégorie psychiatrique soulèvera les mêmes enjeux que lors des premières définitions du « SPM » par T. Franck et Horney (Ussher, 2003). Alors que certains médecins considèrent ces symptômes comme suffisamment handicapants pour constituer un

¹⁰En anglais « Premenstrual dysphoric disorder » ou « PMDD »

« trouble » spécifique, d'autres remettent en doute l'existence d'un syndrome psychiatrique associé au cycle menstruel et rejoignent les craintes de certaines féministes voyant réapparaître la notion d'hystérie dans les manuels médicaux.

En parallèle, certains mouvements oeuvrant pour la santé des femmes se réjouissent de l'attention et de la reconnaissance de la souffrance de certaines femmes, autrefois ignorée. Cette période voit également apparaître un ensemble de mouvements anti-psychiatriques critiquant une psychiatisation des femmes et l'influence de l'industrie pharmaceutique dans la construction des « troubles » (Gori, 2006 ; Knaapen & Weisz, 2008 ; Mavrikakis, 2009).

Suite à ces débats, l'APA décide d'introduire le trouble dysphorique prémenstruel dans les annexes du DMSIII-R de 1987 et le DSMIV de 1994, considérant alors que celui-ci doit faire l'objet de recherches supplémentaires (Piccand, 2012 ; Ussher, 2003). En 2013, l'APA a finalement ajouté le « trouble dysphorique prémenstruel » dans la partie principale du DSM-V, accentuant les débats autour de cette catégorie nosographique au sein des mouvements féministes, antipsychiatriques et de la recherche biomédicale (Sabourin-Guardo et al., 2020, p. 284). Au cours des dix dernières années, de nouvelles formes de discours sur les menstruations et le « syndrome prémenstruel » ont fait leur apparition, notamment via l'émergence des réseaux sociaux et du militantisme en ligne. L'expérience du « symptôme prémenstruel » et ses enjeux, n'est plus un événement vécu individuellement par les personnes menstruées ou une catégorie débattue par un cercle restreint d'expert.e.s et de militant.e.s, mais un sujet thématiqué dans un espace public accessible à tous.tes (Bobel & Fahs, 2020). Soulignons également qu'avec les confinements dus à pandémie de COVID-19 et l'explosion des troubles dépressifs que ceux-ci ont entraînée, les discours entourant la santé mentale se sont, eux aussi, reconfigurés en ligne.

2. Déroulement de la recherche

2.1 Prise de contact et choix des interlocutrices

Dans le cadre de cette recherche, d'octobre 2021 à janvier 2022, j'ai réalisé vingt-quatre entretiens avec des femmes de 17 à 42 ans vivant en Suisse et en France. Ma méthode étant inductive, je voulais saisir les discours sur la période prémenstruelle et les facteurs pouvant influencer un « auto-diagnostic ». Initialement, je n'ai pas défini ce que j'entendais par « syndrome prémenstruel » et n'ai pas établi une liste de symptômes. Mes seuls critères consistaient en : être une personne menstruée et ressentir des changements corporels ou psychiques avant les menstruations. Les femmes interrogées ressentaient différents symptômes et vivaient différents degrés d'inconfort avant leurs règles qu'elles réunissaient sous les termes de « SPM » ou « TDPM ». Après avoir parcouru la littérature scientifique sur le sujet, j'ai testé ma première grille d'entretien sur deux amies. Ces deux entretiens se sont alors révélés édifiant pour ma recherche. Par la suite, je suis passée par mon entourage pour trouver des personnes à interroger, puis par « effet boule de neige », celles-ci me proposaient de nouveaux contacts (Combessie, 2007, p. 26). De cette manière, j'ai trouvé seize de mes vingt-quatre interlocutrices.

En décembre 2021, j'ai assisté à une table ronde organisée par l'Université de Genève intitulée : « Règles et douleurs : l'exemple des réseaux sociaux », durant laquelle quatre « influenceuses » et la professeure Claire Balleys, analysaient le rapport entre militantisme féministe, réseaux sociaux et menstruations. Lors de cette manifestation, j'ai échangé avec la créatrice du compte Instagram « SPMTAMERE », une page sur laquelle elle s'exprime sur son « TDPM », partage des témoignages d'abonné.e.s et diffuse des informations sur ce sujet. Elle a alors accepté de publier mon appel à entretien sur son compte. Par la suite, de

nombreuses personnes m'ont contactée pour participer à mon enquête. J'ai alors sélectionné cinq profils car ils différaient de ceux des personnes déjà interrogées (en âge ou type de formation). J'ai ensuite publié un message sur le groupe Facebook : « Girl's Meeting », un groupe suisse regroupant des femmes de tous âges et sur lequel les membres abordent des thématiques très variées. J'y ai alors posté le message suivant :

«Hello les filles, Je réalise mon mémoire de Master en anthropologie de la santé, sur le syndrome prémenstruel et je recherche des personnes menstruées motivées à témoigner.

Ça serait sous la forme de petits entretiens d'environ une heure sur différents thèmes liés aux règles, aux douleurs et à la santé. (Ces entretiens seront anonymes et resteront dans le cadre académique de mon mémoire).

Si vous avez envie de témoigner, de partager votre vécu et de m'aider dans ma recherche, n'hésitez pas à m'écrire en privé ! (si vous pouviez aussi me préciser directement votre âge et votre profession ça m'aiderait beaucoup.)»

Dans mon post, j'ai utilisé le registre de langage plutôt familier employé par les membres du groupe. Étant donné que la plupart de mes interlocutrices appartiennent à la tranche d'âge « 20-28 ans » et exercent, pour la plupart, une profession dans les soins ou le social, je souhaitais trouver des personnes d'âge, de formation ou de groupes sociaux différents. Cependant, la majorité des femmes m'ayant contactée sur cette plateforme présentaient un profil similaire à celles rencontrées auparavant. Via ce groupe, je suis donc seulement entrée en contact avec Valentine*¹¹. Finalement, j'ai posté le même message sur le groupe Facebook

¹¹Par souci d'anonymisation, tous les prénoms ont été modifiés.

« Syndrome prémenstruel (SPM) ». Grâce à ce dernier, j'ai pu échanger avec Nouria et Dominique. Malgré le nombre important de messages reçus via ces différentes plateformes, j'ai pris soin de répondre à toutes les personnes m'ayant contactée.

2.2 Grille d'entretien

J'ai considéré que l'entretien semi-directif était la méthode la plus pertinente pour mener cette étude. En effet, j'avais un thème et un certain nombre de sujets que je voulais aborder, mais n'avais pas encore formulé de problématique précise (Combessie, 2007, p. 24). Pour préparer ma grille d'entretien ¹², j'ai commencé par m'inspirer des travaux de Shirley Lee (2002) et d'Emily Martin (2001) et ai défini une série de thématiques à aborder comme les premières règles, la gestion quotidienne des menstruations, les ressentis et changements corporels durant les règles, les discussions avec l'entourage ainsi que leur rapport plus général à la santé. Après quelques entretiens, j'ai modifié ma grille en rajoutant des questions sur la découverte du terme « SPM » et la définition qu'elles en donnaient, ainsi que sur l'utilisation des réseaux sociaux. Ce mouvement itératif entre collecte de matériaux et analyse permet alors, selon Lynda Sifer-Rivière (2016), « d'aller plus loin dans la compréhension du problème étudié » (p. 91). Ce terrain étant le plus long de mon cursus académique, j'ai pu l'appréhender comme un lieu d'expérimentation et d'apprentissage de la posture d'entretien durant lequel je pouvais procéder à des modifications et des réflexions après chaque discussion.

D'après, Sifer-Rivière (2016), l'enquête par entretien consiste à interroger « des phénomènes ou des systèmes idéologiques et culturels collectifs, représentations, idéologies, croyances, valeurs, projets, savoirs sociaux[...] et d'autre part des pratiques sociales, des faits issus de l'expérience de récits de vie, des pratiques

¹²Voir annexe A

vécues » (p. 87). Dans le cadre de ma recherche, j'essayais de saisir, à travers les récits de vie de mes interlocutrices, à la fois leurs systèmes de représentations mais également leurs vécus « dont l'analyse permet de traduire les conduites et les épreuves individuelles en enjeux collectifs et de donner aux enjeux collectifs une dimension individuelle » (Kaufmann, 2014; Ramos, 2015 cités dans Sifer-Rivière, 2016, p. 87).

2.3 Expérience des entretiens

La moitié de mes entretiens se sont déroulés en face à face dans des cafés, des parcs ou au domicile des personnes interrogées. L'autre moitié s'est passée en ligne, via l'application Zoom, car certaines vivaient en France. Deux des entretiens ont été réalisés de manière groupée : Cloé et Caren ainsi que Mélanie et Rebecca. En effet, ces personnes se connaissant déjà et étant un peu timides, elles m'ont demandé s'il était possible de venir ensemble. Je n'y ai pas vu d'inconvénients et ai supposé que la présence d'une amie favoriserait les échanges car elles seraient ainsi certainement plus à l'aise pour aborder ces thématiques (Combessie, 2007, p. 26). Lors des entretiens, je commençais par remercier mon interlocutrice d'avoir répondu à ma demande. Je précisais ensuite que notre échange resterait anonyme et dans le cadre académique de ma recherche avant de demander l'autorisation de les enregistrer. Parfois, je me présentais brièvement ainsi que mon approche dans ce travail, comme le suggère (Combessie, 2007, p. 25). Après leur avoir annoncé la durée approximative de notre rencontre, j'énumérais la liste de thématiques que nous allions aborder en commençant par leur demander de se présenter globalement. Les entretiens duraient entre une heure et une heure et demie. Lorsque mes interlocutrices avaient un intérêt marqué pour le sujet ou un long vécu à détailler, l'entretien durait deux heures. Dès le moment où je leur

demandais de me raconter la manière dont elles avaient vécu et géré leurs premières règles, la parole devenait aisée et fluide. Je les relançais seulement lorsqu'elles s'écartaient trop longtemps du sujet ou quand une thématique n'avait pas été suffisamment approfondie selon moi.

2.4 Réflexivité sur ma position en tant que chercheuse

Avec la plupart de mes interlocutrices, la dynamique des entretiens prenait la forme d'une conversation durant laquelle elles se livraient facilement. Comme le souligne Sifer-Rivière (2016), cette approche conversationnelle est à rechercher car elle permet de « réduire l'artificialité de la situation, et à souligner l'exigence d'écoute vis-à-vis de la personne enquêtée » (p. 88). Les confidences et les relances étaient certes aisées car mes interlocutrices appartenaient pour la plupart à ma classe d'âge et avaient un niveau d'étude équivalent au mien. Mes deux interlocutrices les plus âgées : Nouria et Dominique m'ont spontanément vouvoyée durant l'entretien, sans que cela n'impacte le partage de détails parfois intimes de leur vécu.

En outre, il m'a fallu garder en tête lors de mon analyse que mon choix de sujet n'était pas neutre et portait de connaissances et d'un cadre de représentations du monde qui m'est propre. Soulignons que la plupart de mes interlocutrices, issues de mon entourage, avaient un cadre de pensée similaire et une connaissance préalable du terme médical de « syndrome prémenstruel ». Pour analyser ces catégories et ces discours, j'ai donc dû procéder à une déconstruction de mes propres catégories de pensées. L'adoption d'un angle d'anthropologie de la santé et d'analyse de la catégorisation, de l'opérationnalisation et de la circulation d'une catégorie médicale pour réfléchir sur les ressentis prémenstruels, révèle ma propre visualisation de ces phénomènes. De plus, comme certaines d'entre elles

exprimaient déjà une réflexion construite et développée sur cette thématique, il m'était parfois difficile de ne pas faire l'erreur d'utiliser les propos récoltés comme outils d'analyse au lieu d'analyser les propos.

Finalement, à la suite d'incompréhensions sur les buts de ma recherche, certaines de mes interlocutrices pensaient que j'étudiais la médecine et que je possédais une expertise scientifique sur le sujet. Dès lors, quelques-unes m'ont demandé la définition précise du « SPM » ou me demandaient de poser un diagnostic. D'autres posaient des questions sur les causes exactes de leurs symptômes ou cherchaient à retracer leur parcours médical afin que je puisse leur trouver des solutions. J'ai dû donc parfois réitérer la présentation de ma recherche.

2.5 Analyse thématique

Après avoir réalisé les entretiens, je les ai retranscrits et comparés pour en identifier les éléments les plus pertinents et récurrents. Ainsi, des sujets comme les réseaux sociaux ou la perte de confiance à l'égard de la biomédecine sont souvent apparus sans que j'aie consulté un corpus de littérature scientifique au préalable. « Le travail de l'enquête se traduit moins par des étapes distinctes que par des formes différentes de travail : l'entretien, l'analyse de l'entretien, la rédaction, la mise en lien de lectures » (Ramos, 2015, p. 10 cité dans Sifer-Rivière, 2016, p. 91).

2.6 Profils de mes interlocutrices : contextualisation

Toutes mes interlocutrices sont titulaires d'un diplôme d'études supérieures, à part Cloé* et Caren* qui sont au gymnase et en apprentissage. Bien que je me sois efforcée de trouver des personnes actives dans d'autres secteurs, une grande majorité d'entre elles travaillent dans la santé, le paramédical ou le social. En outre, nous pouvons présumer que soit cette thématique intéresse davantage les

personnes travaillant dans ces domaines, soit, puisqu'il s'agit d'une population de femmes, il est statistiquement plus probable de trouver des enquêtées exerçant ces types de professions (Lucas 2010, cité dans Boeuf, 2020 p. 22). J'ai supposé qu'une socialisation professionnelle et une connaissance approfondie du langage et des représentations biomédicales, influençaient potentiellement les perceptions des menstruations. Six parmi elles sont infirmières, ce qui, comme je le développerai par la suite, les amène à construire une conception du « SPM » et de la santé propre aux difficultés rencontrées dans cette profession. Sur la base de leur position socio-économique estimée à partir des diplômes obtenus et des professions qu'exercent leurs parents, je peux présumer que mes interlocutrices appartiennent à la classe moyenne à moyenne supérieure (Martin, 1988)¹³.

De plus, la désignation de « syndrome prémenstruel », que j'utilisais ciblait quasi-automatiquement une population connaissant et ayant déjà thématiqué ce concept. Leur passé médical et thérapeutique a sensibilisé la plupart de mes interlocutrices à certaines problématiques de santé. Comme développé dans la suite de ce travail, la configuration familiale dans laquelle elles évoluent impactent le vécu du syndrome prémenstruel. Ainsi, chez mes vingt-quatre interlocutrices ; treize d'entre elles sont actuellement dans une relation hétérosexuelle, trois sont mariées et quatre ont des enfants. Finalement, leur réponse spontanée à mon appel évoque à priori une certaine propension et aisance à parler de ces sujets. Les règles ou d'autres sujets relatifs au corps n'étaient donc tabous pour aucune d'elles. Elles étaient déjà sensibilisées à une forme de libération du discours sur les menstruations et avaient toutes un intérêt pour les questions féministes. Ces éléments s'avèrent centraux dans cette étude car les représentations des menstruations et des souffrances qui leur sont associées sont partiellement influencées par les conceptions sur les questions de genre, ainsi que les appétences

¹³Voir tableau récapitulatif des profils (Annexe B)

idéologiques et politiques (Mondragon Idoiaxa & Belasko Txertudi, 2019, p. 361). Le sens donné aux expériences menstruelles et la manière de réagir aux discriminations comme le sexisme varie en fonction des contextes sociaux et des vécus des personnes interrogées (Johnston-Robledo & Chrisler, 2020). Étant donné que ma population présente des profils relativement similaires, il est cohérent de retrouver une certaine homogénéité des discours.

Première partie

DÉFINITIONS ET

REPRÉSENTATIONS ÉMIQUES

« Pour traiter de la manière dont les femmes se réfèrent aux catégories culturelles dominantes dans leurs discours sur leur fonctionnement corporel [...] nous avons tendance à penser la science comme extérieure à la culture car elle se concentre sur des vérités de la nature, j'affirme qu'elle fonctionne, en fait, comme un système hégémonique. L'hégémonie, un terme utilisé par Gramsci signifie : la percolation à travers la société civile d'un système entier de valeurs, d'attitudes, de croyances, de moralité, etc., qui fournit d'une manière ou d'autre un support pour l'ordre établi et les intérêts des classes qui le dominent... dans la mesure où cette conscience dominante est internalisée par les masses, elle devient alors une part du « sens commun ». Pour qu'une hégémonie s'affirme avec succès dans les sociétés, elle doit opérer d'une manière dualiste : « comme une conception générale de la vie pour les masses et comme un programme scolastique » » (Martin, 2001, p.23).

L'extrait ci-dessus présente les discours biomédicaux comme des systèmes de pensées hégémoniques vecteurs de représentations et de normes corporelles. Rose (2007) relève que l'attachement de notre individualité à notre existence physiologique implique l'usage du langage biomédical pour penser et produire un discours sur notre existence charnelle (p. 26). Théorie qu'Ussher (2003) articule autour de la question du SPM en précisant que :

« c'est à travers un processus de subjectivation que des « vérités » sur le corps des femmes et sur les menstruations sont produites et vécues par les femmes : des imaginaires présentés comme des faits avérés et objectifs qui servent à réguler la féminité, l'expérience prémenstruelle et la réalité de ce que signifie « être une femme » » (p. 134).

Les catégories médicales possèdent alors un effet performatif sur les représentations que les individus ont d'eux-mêmes. Dès lors, ces catégories hégémoniques influencent la manière dont les femmes vont se subjectiver et discuter de leurs phénomènes corporels. Conscientes de ces conceptions scientifiques, les femmes décident ainsi soit de les accepter, soit d'y résister, tout comme elles le font pour d'autres représentations sociétales genrées (Martin, 2001, p. 23) De ce fait, mes interlocutrices interprètent et se diagnostiquent leur « syndrome prémenstruel » soit par une réaffirmation des discours scientifiques sur le corps des femmes, soit par une prise de conscience et une distance avec ceux-ci. En outre, Josefin Persdotter (2020) conceptualise le terme « normativité menstruelle » (*menstrunormativity*) en référence au système social hégémonique produit par une multitude de normativités contradictoires qui ordonnent et hiérarchisent les expériences menstruelles, de la même manière que des systèmes dominants stratifient des sexualités ou des identités de genre et en instaurent certains comme « la normalité » (Robinson 2016; Nord, Bremer, & Alm 2016 cités dans Persdotter, 2020, p. 358).

Cette diversité de discours et impératifs provenant de normes sociales, médicales et statistiques construit la façon « correcte/normale/saine » d'avoir ses règles en opposition à une expérience « malsaine/anormale » ou, selon le terme conceptualisé par Persdotter (2020) « monstrueuse ». Par conséquent, la référence à une catégorie médicale comportant une liste de symptômes pour désigner la période prémenstruelle participe à la fabrication de ces « monstres menstruels » (*menstrual monsters*) : il serait alors « anormal » à la fois de ne rien ressentir avant l'arrivée des règles ou de trop souffrir de celles-ci.

Les perceptions autour de la période prémenstruelle sont alors régies par une multitude de normes qui s'entremêlent dans les récits des femmes interrogées. Dans cette première partie, j'analyserai alors les explications que mes interlocutrices donnent sur le SPM ainsi que l'impact que celui-ci exerce dans leur

vie quotidienne. Deux formes de discours qui cohabitent dans les propos relevés seront alors mises en exergue. Le premier chapitre sera dédié aux discours pathologisant le corps féminin. Je montrerai que les représentations des différences sexuées au prisme hormonal participent à une (psycho)-pathologisation des corps féminins. Ensuite, j'analyserai comment la vie reproductive est médicalisée et participe à l'assimilation du corps féminin à une catégorie médicale à risque, impactant ainsi la conception que mes interlocutrices ont d'elles-mêmes et de leur santé. Dans le second chapitre, je nuancerai ces propos en relevant l'oscillation dans les discours entre une pathologisation et une normalisation de l'expérience du SPM.

3. Les symptômes d'une « pathologie »

Selon Vuille et al. (2006), une alliance historique entre la médicalisation et une naturalisation du corps féminin engendre des phénomènes de (psycho) pathologisation :

« Les femmes, considérées comme un groupe naturel plutôt que social, représentaient le « sexe faible » : fragile, à la merci des dérèglements de leurs organes (en particulier de leur utérus), toujours menacées, au plan physique comme psychique, par des déséquilibres. Ce sont des corps à contrôler, à juguler, à perfectionner par des artifices » (p. 11).

Aussi, Foucault (1976) parlait d'hystérisation pour décrire le processus d'infériorisation et de pathologisation du corps et de la psyché des femmes les transformant en purs objets de savoir et d'investigations du champ médical. La compréhension du fonctionnement du corps féminin a été calqué sur celui du corps social dans lequel il détient le rôle de gestion de la reproduction et de l'espace familial (p.137).

Ces trois éléments de l'hystérisation participent encore aujourd'hui aux processus d'auto-pathologisation et d'auto-diagnostic par les femmes de troubles propres à leur sexe. En outre, les définitions émiques du « SPM » durant les entretiens, étaient axées sur l'énumération des symptômes « classiques » ressentis démontrant ainsi qu'elles étaient familiarisées avec les outils de définition médicaux de cette catégorie nosographique. Le syndrome prémenstruel, conformément à sa description physiologique et sa définition médicale, comprend une variété de symptômes qui affectent négativement l'état physique, émotionnel et comportemental des femmes. Ces divers symptômes peuvent être associés au verbe

« souffrir » car ils provoquent en général un inconfort, voire des douleurs chez les femmes (Martin, 1988, p. 113). C'est ainsi que la plupart des interlocutrices perçoivent leurs changements prémenstruels comme relevant de dérèglements ou dysfonctionnements physiologiques et psychiques intrinsèques à leur corps. Selon Luciana Reberte, de Andrade, Hoga, Rudge, et Rodolpho (2014) la légitimation du syndrome prémenstruel en tant que problématique médicale a effectivement modifié sa signification sociétale. Cette catégorisation participe à représenter le corps féminin et les expériences prémenstruelles comme des situations à « arrangées » (p. 137).

3.1 Une essentialisation du féminin dysfonctionnel

L'une des propositions des théories post-modernes en sciences sociales consiste à dépasser la matérialité des corps en analysant les liens entre sa biologisation et ses constructions discursives. Dans notre société, les organes génitaux sont les paramètres principaux sur lesquels la société se base pour justifier le système de représentation binaire du masculin opposé au féminin. Cependant, selon Anne Fausto-Sterling (2013), le sexe devrait plutôt être perçu comme un « continuum modulable à l'infini » s'étendant au-delà des catégorisations de traits physiques ou mentales comme caractéristiques de l'un ou de l'autre sexe (p. 42 citée dans Boeuf, 2020, p. 13). Aussi, la terminologie médicale participe à ce processus social de sexuation des corps, les catégorisant et les séparant sur base d'une présumée matérialité biologique (Jaunait et al., 2014, p. 4). En raison de l'hégémonie scientifique détenue sur la santé des femmes, la gynécologie se présente comme instance légitime à « participer des conceptualisations contemporaines des « troubles féminins [...] et des contours de la « féminité » » (Ruault, 2015, p. 36). Par ailleurs, de nouvelles approches issues des « gender studies » questionnent la manière dont « la corporalité pourrait être prise en considération dans les débats sans subir un réductionnisme biologique »

(Kuhlmann & Babitsch, 2002, pp. 433-434). Que ce soit en médecine ou en sciences sociales, la création d'expressions censées amener à des pratiques sanitaires intégratives et davantage égalitaires, telles que la « santé reproductive », « santé sexuelle » ou « maladies genrées », risquent, au contraire, de naturaliser une différence entre les sexes impactant aussi bien les prises en charge que les dispositifs théoriques (Arena, 2016, p. 124).

Depuis le XIX^e siècle jusqu'à aujourd'hui, les représentations et la clinique psychiatrique se sont constituées autour du principe de binarité des sexes. Une grande majorité de troubles sont alors pensés de manière genrée, certaines maladies étant associées uniquement au sexe féminin (Arena et al., 2015, p. 59). En effet, les discours recueillis sont imprégnés des représentations médicalisant et pathologisant le cycle menstruel. Mes interlocutrices tendent alors à décrire certains ressentis et émotions prémenstruelles comme illégitimes ou la manifestation d'une maladie psychiatrique. Les passages suivants seront alors consacrés aux conceptions du syndrome prémenstruel renvoyant à une bicatégorisation des sexes au prisme d'explications hormonales.

3.1.1 Un corps en crise

Certaines de mes interlocutrices ont confié souffrir de symptômes physiques handicapants, comparant leur syndrome prémenstruel à une maladie chronique. Notamment Laetitia qui a souffert durant plusieurs années de symptômes physiques tels que des vomissements, de la fièvre, de fortes douleurs ainsi que des migraines. Nouria, quant à elle, utilise le terme « pathologie » pour décrire sa souffrance psychique prémenstruelle.

Bien qu'aucune définition stable n'existe pour ce « trouble », la catégorie du SPM s'est principalement construite médicalement autour d'une prise en compte des symptômes psychologiques qu'il engendrerait (King, 2020). Ainsi, les femmes interrogées ont fait part d'un ensemble très varié de maux différents pour décrire

leur expérience prémenstruelle. Miriam a confié ne pas savoir si elle était effectivement concernée par cette définition et avoir effectué des recherches pour identifier si elle pouvait désigner ses douleurs menstruelles par ce terme :

« Hyper naïvement, je pensais ne pas être concernée par ça étant donné que j'ai pas de symptôme, psychologique, à part si on considère la fatigue dans ce pôle-là. Mais je pensais ne pas être concernée parce que j'ai jamais réussi à me dire « je me sens mal mentalement parce que j'ai mes règles en ce moment ». Mais en fin de compte, quand tu te renseignes, c'est vrai qu'il y a certaines définitions du syndrome prémenstruel qui prennent seulement en compte cet aspect-là [l'aspect psychique]. Dans ce contexte-là, enfin, pas dans le contexte de douleur ou de problèmes physiques directement, après, j'ai élargi ma définition et je me suis rendu compte que ça pouvait être aussi des douleurs que ça pouvait être large ».

Pour Mélanie, Valentine et Tami le terme « SPM » renvoie uniquement aux douleurs abdominales en début de cycle. Avant notre entretien, elles n'avaient apparemment jamais porté d'attention sur d'autres symptômes physiologiques ou psychiques apparaissant avant le début des règles, d'ailleurs Tamia a précisé être toujours surprise par la survenue de ses règles. En effet, pour ne pas appréhender ses dysménorrhées durant tout le mois, elle préfère effacer de son esprit l'existence de son cycle. Mélanie a tenu un discours similaire car ses très intenses douleurs abdominales inexplicables l'invalident fortement. Ces trois femmes semblaient entretenir un rapport distant avec leurs corps et peu s'intéresser aux questions de santé, prêtant plutôt une attention limitée à leurs sensations corporelles. Mélanie a précisé que ses parents ne l'avaient aucunement socialisée à s'éduquer sur sa santé. Ainsi, elles sont les seules à n'avoir pas mentionné de ressentis psychiques. Les définitions du « SPM » n'étant pas consensuelles, certaines d'entre elles ne

prennent en compte que les douleurs durant les règles, bien que la majorité se focalisent, sans raison définie, sur une sémiologie psychologique. Pourtant, les études statistiques démontrent que les changements psychologiques ne sont pas les symptômes vécus les plus fréquemment ou les plus déterminants dans la vie quotidienne (King, 2020, p. 287).

Les différents degrés d'intensité du SPM, la multitude de symptômes possibles et l'impossibilité d'utiliser des biomarqueurs compliquent les diagnostics cliniques et la recherche médicale sur le sujet. En outre, la reconnaissance de ce « trouble » se base surtout sur un auto-diagnostic par les femmes concernées, ayant chacune leur propre conception des symptômes constituant le SPM. Ces constats pourraient expliquer partiellement la grande prévalence diagnostique de ce « trouble ». L'évaluation se fonde donc plutôt sur l'impact de l'ensemble des symptômes sur le quotidien de la personne.¹⁴ D'ailleurs, les interlocutrices différencient de la même manière un « SPM normal » d'un « SPM pathologique »

3.1.2 Des hormones déséquilibrées

À partir des années 1920, « le genre procède d'une essentialisation du féminin à partir du prisme hormonal » (Charlap, 2015, p. 65). L'endocrinologie sexuelle se développe autour des hypothèses d'une dichotomie radicale entre les hormones sexuelles et des « corps construits hormonalement ». Cette nouvelle perception d'un corps régi par les hormones a abouti à une essentialisation du corps féminin principalement au travers des hormones sexuelles (Charlap, 2015, p. 65). Cette découverte scientifique replace le système reproducteur comme l'origine de pathologies « féminines » et engendrant une « susceptibilité naturelle et des

¹⁴Les outils diagnostiques du RCOG (Royal College of Obstetrician and Gynecologue) se basent d'ailleurs sur le critère d'impact dans différentes activités de la vie quotidienne pour évaluer la sévérité du trouble, les symptômes devant être suffisamment invalidant pour affecter le quotidien (RCOG 2016, 80 cité dans King, 2020, p.294).

attitudes irrationnelles » (Ussher, 2011, p. 21 citée dans King, 2020, p. 289). À partir de cette dichotomie, le « corps féminin au contraire du corps masculin s'est vu de plus en plus décrit comme un corps entièrement contrôlé par les hormones » (Oudshoorn, 1994, p. 8-9 cité dans Charlap, 2015, p. 65). Étant donné qu'un grand nombre de normes biomédicales ont été conçues à partir de recherches effectuées sur des hommes, un corps « normal » ne saignerait pas et ne serait pas perturbé cycliquement par des modifications hormonales¹⁵.

Les discours sur les hormones sont marqués par cette rhétorique genrée selon laquelle le corps féminin se régule de manière cyclique tandis que le corps masculin est caractérisé par sa stabilité. Ainsi, la différence biologique entre les sexes reposerait sur l'opposition entre cyclicité et stabilité (Oudshoorn, 1994 p. 146 citée par Charlap, 2015, p. 64). Selon, Laetitia l'intensité de son SPM serait due à une trop forte chute d'hormones. Cette conception rejoint la représentation générale du corps des femmes reposant sur un équilibre hormonal précaire dont la moindre variation provoquerait une faiblesse. Ces « déséquilibres » hormonaux définissent différentes pathologies tel que le syndrome des ovaires polykystiques également diagnostiqué chez plusieurs de mes interlocutrices. Charlotte traverse de grandes difficultés émotionnelles avant ses règles. Elle s'explique ses symptômes de dépression par des modifications hormonales : « Du coup, en fait, quand j'ai les hormones qui font n'importe quoi, c'est comme si je prenais des mini-tsunamis psychologiques avant mes règles ».

¹⁵Des études récentes sur « l'andropause », équivalent masculin de la ménopause, remettent en doute cette perception pourtant ancrée dans les cadres de représentation de la médecine (Delanoë, 2006)

Ainsi, les « dérèglements hormonaux » sont mentionnés comme cause principale des souffrances ressenties avant les menstruations. Selon Judith Lorber et Lisa Jean Moore (2002) la prise en compte du SPM comme un dérèglement identifiable, traitable et purement biochimique du fonctionnement du système hormonal, empêche d'en concevoir les potentielles causes socio-culturelles (citées dans Reberte et al., 2014, p. 137). Le discours biomédical dominant, en tentant d'intégrer cette catégorie dans un modèle diagnosticable quantitativement, tend alors à éluder les questions environnementales et politiques. Alors que toutes les interlocutrices font référence à des causes hormonales, aucune n'a été en mesure de préciser quel phénomène spécifique les rendait malades, soulignant,¹⁶ de ce fait, le sens commun (*common sense*) que sont devenues les représentations médicales¹⁷ (Martin, 2001) : « Moi, je me dis juste il paraît que c'est les hormones, mais même les hormones. Je suis même pas sûre de ce que ça veut dire » (Thérèse).

Aussi, la compréhension des symptômes du SPM à travers le prisme hormonal participe à le médicaliser et à le biologiser, renforçant la croyance selon laquelle les femmes et leur corps sont seuls responsables de leur inconfort (Ussher, 2003, p. 139). La vision dualiste perpétrée par l'endocrinologie induit cette binarisation et cette hiérarchisation, d'un masculin supérieur au féminin (Ussher, 2003, p. 662). Si les hormones « féminines » sont les principales responsables de ce « trouble », une conclusion hâtive voudrait que les corps de toutes femmes soient effectivement plus faibles que ceux des hommes. La propagation de ces conceptions expliquerait

¹⁶La plupart ont mentionné une chute massive brutale soit de l'œstrogène, soit de la progestérone

¹⁷Même les médecins et étudiantes en médecine ont donné une vague explication hormonale et ont avoué ne pas en connaître le fonctionnement.

alors partiellement le haut pourcentage de femmes qui s'affirment touchées par ce syndrome (Martin, 1988, p. 114). Par ailleurs, ces constats ressortent dans les analyses de Charlap (2015) sur d'autres troubles genrés telle que la ménopause :

« Ce discours constitue une production du genre, en ce qu'il opère comme un processus de naturalisation et de pathologisation du féminin. Une homogénéisation des expériences des femmes à la ménopause y est opérée : la ménopause est construite comme bouleversement physique et émotionnel total et inéluctable. Il construit une figure stéréotypée de « la femme ménopausée », réifiant ainsi une catégorie ancrée dans la pathologie et posant la conception hormonale comme clé de voûte explicative » (p. 66).

L'imaginaire du syndrome prémenstruel dans le langage courant créant aussi un stéréotype du « monstre menstruel (menstrual monster) » : une femme irrationnelle, violente et irritable, en proie à ses hormones (Persdotter, 2020, p. 357). La bicatégorisation des sexes par l'endocrinologie et l'idée d'un corps construit hormonalement engendrent une perception du masculin comme symbole de l'équilibre aussi bien physiologique que psychologique, pathologisant en même temps le corps et la psyché « féminine ». Par l'explication hormonale, le biomédical écrit le social sur la base de normes menstruelles à la fois statistiques et subjectives : l'irritabilité et la déprime faisant partie du tableau diagnostique (Persdotter, 2020).

3.1.3 Le SPM : des émotions « anormales »

Par conséquent, les supposés changements d'humeur associés aux hormones participent au stéréotype de la « femme irrationnelle » et à la psycho-pathologisation de la période prémenstruelle (King, 2020).

« Du coup, c'est ça que j'ai remarqué le plus, moi en tout cas dans mon SPM, et c'est vraiment ouais, je pense que ça correspond à une ou 2 semaines avant mes règles et en plus le pire c'est que à chaque fois même quand je l'ai déjà eu et que je sais, je suis toujours surprise, à chaque fois je suis pas là « genre ouais tranquille c'est le SPM qui parle » c'est toujours un calvaire[...]Mais psychologique, c'est vraiment genre un...un délire de persécution[...]sous forme de je vais pas être anxieuse de prendre le bus ou comme ça mais vraiment une anxiété sociale. Et clairement bien plus triste, un peu démotivée à ce moment-là parce que de toute manière, j'ai l'impression que tout est foireux. Enfin, vraiment, c'est un mix de toutes les pathologies psy dans les trucs de déprime quoi. [...] c'est juste que je suis en méga dépression ».

Dans ce passage, Déborah compare ces changements d'humeurs avec des troubles psychiatriques et les qualifie de « mix de toutes les pathologies psy ». Par conséquent, cette perception du SPM à travers l'angle psychologique participe à l'auto-pathologisation et à l'auto-catégorisation comme « monstre » dont l'attitude avant les règles ne correspond pas à une « normalité » attendue comme l'a observé Ussher (2003) dans son étude :

« Ainsi, les femmes auront tendance à se positionner en tant que « malades » comme manière d'interpréter et d'expliquer leurs comportements et leurs émotions perçus comme déviants au sein des régimes de connaissance qui construisent à la fois une féminité idéalisée et une image de la santé mentale saine. Des comportements tels que se sentir dépassée, incapable de gérer ses émotions ou avoir

des difficultés relationnelles, deviennent alors déviants et pathologisés. Les femmes se positionneront elles-mêmes comme responsables de leurs souffrances » (p. 138).

Ces « monstres » menstruels aux émotions exacerbées sont présentés comme contrôlés entièrement par leurs hormones. Ainsi, lorsque certaines femmes interrogées se trouvent en période prémenstruelle, elles « ne seraient pas totalement elles-mêmes » ou du moins « pas dans leur état normal » comme l'exprimait plus haut Charlotte. Pour d'autres, il s'agirait plutôt du SPM qui « s'exprimerait » à leur place et qu'il ne faudrait pas écouter. Nous retrouvons ce type de propos chez Thérèse, Léa, Nouria ou encore plus haut Déborah qui décrit le syndrome prémenstruel comme « les ressentis psychiques différents de ton état normal », soulignant ainsi l'« anormalité » de ses émotions prémenstruelles. Ces émotions sont considérées comme ne relevant pas de ses propres ressentis mais engendrées par un élément extérieur. Certaines femmes n'accepteraient pas ces émotions car elles ne correspondent pas à l'image culturellement construite de l'attitude féminine attendue : une femme n'exprimant pas ses ressentis trop fortement ou violemment et ne s'autorisant pas à être parfois en colère (Martin, 1988, p. 132). Dans une certaine mesure, cette attitude rappelle les anciennes accusations de possessions des femmes, plus tard qualifiées d'« hystériques ». À présent, les femmes seraient considérées possédées par leurs hormones qui contrôleraient leurs émotions, délégitimant ainsi leurs ressentis. Lee (2002) a remarqué ce genre d'affirmation chez ses interlocutrices lors de sa recherche. Martin (2001) note qu'anthropologiquement, les discours de « possession » dans les sociétés traditionnelles sont analysés comme des formes de résistance et de manipulation des institutions politiques qui les infériorisent socialement afin de reconfigurer ces structures oppressives. Cependant, dans le cas de la « possession

hormonale » due au SPM, le regard sociétal ne se tourne pas vers l'environnement social dans lequel les femmes évoluent pour en trouver la cause, mais dans le dysfonctionnement de leur corps ainsi pathologisé (Martin, 1988, p. 132).

Sally King (2020) définit la psychologisation du syndrome prémenstruel en tant que moyen de pathologiser des aspects « naturels » du psychisme humain dans le but de correspondre à de nouvelles normes sociétales. Thérèse (qui a précisé avoir tendance à s'auto-pathologiser et analyser son état émotionnel), a estimé souffrir d'un TDPM. Parmi les symptômes décrits, elle a fait part de sa difficulté durant cette période à opérer des choix simples. Cet aspect de la médicalisation contemporaine est critiqué par les mouvements antipsychiatriques reprochant à la psychiatrie de biologiser et créer des « troubles » qui manifestent juste d'un problème d'adaptation aux attentes du système néolibéral actuel créant les normes de ce qui doit être considéré comme une santé mentale « saine », sur la base de la démocratisation des termes nosographiques psychiatriques à travers lesquels les individus se pensent (Rose, 1986, p. 43 et 1994, p. 69 cité dans Busfield, 2017, p. 764).

Ainsi, cette « normalité », à laquelle les « monstres » décrits par Persdotter (2020, p. 357) ne correspondent pas, renvoie, nous le verrons dans la suite de ce travail, aux attentes sociétales des attitudes supposément « naturelles » des femmes qui ne sont pas censées manifester de la colère ou de l'irritabilité. La colère étant considérée comme l'émotion la moins acceptable pour les femmes, si l'une d'entre elle l'exprime on soupçonnera d'abord un déséquilibre hormonal à traiter, avant d'en analyser les causes sociales (Martin, 1988, p. 130). Certaines, notamment Laeticia, ont préféré décrire leurs émotions de manière plus « acceptables » en expliquant être plus « fleur bleue » durant cette période. Dominique, quant à elle, se qualifie de « petit dragonneau » pour prévenir son entourage de son irritabilité.

3.1.4 Le TDPM : des émotions pathologiques

Depuis la deuxième moitié du XX^e siècle, une partie substantielle des catégories diagnostiques psychiatriques sont présentées comme étant genrées, notamment au sein des multiples éditions du DSM (Arena et al., 2015, p. 58). Ce processus moderne de psycho-pathologisation des femmes atteint son apogée dans la réécriture psychiatrique du SPM : le trouble dysphorique prémenstruel (Mavrikakis, 2009, Ussher, 2003, p. 133)¹⁸.

Aussi, dans le cas du TDPM, ce ne sont plus le cycle menstruel et le système reproducteur qui sont pathologisés, mais plutôt le système neurologique, renforçant la représentation de la vulnérabilité nerveuse des femmes (Piccand, 2012, p. 8). La création de nouveaux troubles genrés tels que le TDPM est développée à la fois sur base de représentations médicales anciennes et de discussions entre plusieurs acteurs : l'expérience des femmes auto-diagnostiquées, les gynécologues et les psychiatres tous arborant des opinions nouvelles, diverses et contradictoires (Arena, 2015, p. 60).

Lors des entretiens, quatre interlocutrices ont confié souffrir d'un TDPM. Alors que Thérèse et Nouria se sont auto-diagnostiquées ce trouble, Célia et Dominique ont, quant à elles, obtenu un diagnostic par un.e professionnel.le de santé. Penchons-nous davantage sur le parcours, jalonné de difficultés, de Célia. Ses problèmes ont commencé à l'adolescence lorsque se sont déclarées ses premières « crises » d'angoisse la semaine qui précédait ses règles. À cette époque, elle n'avait pas fait de lien avec ses menstruations :

¹⁸De nombreux auteur.e.s ont analysé le TDPM comme la dernière née des catégories diagnostiques participant à pathologiser le corps féminin (Caplan, McCurdy-Myers, & Gans, 1992; Parlee, 1991; Nash & Chrisler, 1997; Ussher, 2000a, b cité.e.s dans Ussher, 2003, p.133).

« il y avait aucune chance que je me dise que c'étaient mes règles qui faisaient ça. Tous les gens avec qui j'étais, pensaient que j'étais très angoissée de nature et que j'étais en train de développer une espèce d'angoisse parce que mes parents étaient divorcés. Donc ça a peut-être joué, mais c'était quand même très fort. Je faisais vraiment des crises physiques ».

Elle compare ces « crises » à de l'épilepsie :

« C'était vraiment très étrange. Tout mon corps qui se durcissait, l'émotion était trop forte, quoi, y'avait vraiment un truc. J'étais d'un coup très agressive envers moi-même donc je me griffais les bras. J'étais tellement énervée, mais je savais pas pourquoi et d'un coup j'étais très triste. C'était vraiment cyclique, dès que j'avais mes règles, ça allait mieux ».

De plus, elle souffrait de phases de dépression et d'idées suicidaires obsessionnelles l'ayant souvent conduites aux urgences psychiatriques.¹⁹ Après de nombreux diagnostics erronés (de la bipolarité et de la dépression chronique) ainsi que de nombreux essais médicamenteux, on lui a finalement diagnostiqué un TDPM.

¹⁹La violence, les accidents, les changements d'humeurs, les tentatives de suicides sont autant d'éléments ayant été associés au SPM et plus récemment au TDPM sans qu'il n'existe réellement de données empiriques fiables associant ces phénomènes au cycle menstruel. (Sayers, 1982; Ussher, 1989, Walker, 1995 cité.e.s dans Ussher, 2003, p.141). Les femmes auront alors tendance à expliquer ces événements par un diagnostic de SPM ou de TDPM les affectant (Ussher, 2003, p.141).

« Je suis allée voir un psychiatre, j'ai dit « j'ai un trouble de l'humeur, c'est sûr ». Il m'a dit, « OK, on va se voir une fois par semaine, je vais voir comment votre état fluctue ». Au bout de six, sept mois, il m'a dit « OK voilà, il y a un trouble de l'humeur avéré, on va faire des tests et pousser pour voir ce que c'est ». Et un jour, il m'a sorti un article sur le trouble dysphorique prémenstruel et il m'a dit « j'ai fait des recherches et je pense que vous êtes atteinte de ce trouble-là » »

Elle s'explique désormais ces « crises » par une grande sensibilité aux pics hormonaux causant des périodes de « grandes irritabilités ». Ce « trouble » chronique a été un frein dans sa vie scolaire, professionnelle, amicale et sentimentale (Piccand, 2012, p. 2). Bien que cette catégorie nosographique fasse encore débat et que son étiologie ne soit pas consensuelle, aussi, bien dans les discours hégémoniques médicaux que dans les compréhensions émiques des femmes souffrant de TDPM. Ce trouble est perçu comme une maladie existante et chronique dont les symptômes et les traitements sont identifiables (Ussher, 2003, p. 135). Lorsqu'elle parle de son TDPM, Célia décrit une petite présence à l'intérieur d'elle-même avec laquelle elle essaye de cohabiter. La dénomination de son trouble et l'accès à un traitement l'ont toutefois libéré d'un poids « [...] qui était quand même impossible, j'ai déjà des réactions qui sont beaucoup moins démesurées qu'avant et plus raisonnables en fait »²⁰.

²⁰ « Quand j'ai les symptômes, c'est un syndrome prémenstruel, mais qui handicape. Quand j'avais des trucs, des problèmes d'humeur, je pouvais pas bosser, j'allais pas à mes partiels, et je faisais des tentatives de suicide quand j'étais pas bien, je faisais n'importe quoi. J'appelais tout le monde, je foutais le bordel dans ma maison, je parlais pendant des heures. Enfin tu vois, y'a vraiment un truc qui était très handicapant dans ma vie amoureuse, amicale, professionnelle, familiale ».

Dominique, quant à elle, parle de la survenue de sentiments qu'elle « ne souhaiterait à personne ». Lorsque son trouble s'est déclaré, elle a souffert de dépression, d'insomnies chroniques et de saignements de nez quinze jours avant l'apparition de ses règles : « Je suis allée voir le gynécologue avec mes lunettes de soleil en pleurant dans le métro et je pensais même à des choses un peu noires, je me dis, avec le recul, mais comment j'ai pu penser à ça alors que j'ai des enfants et que j'ai tout pour être heureuse ». Une sage-femme lui a diagnostiqué un TDPM et lui a conseillé de modifier son mode de vie pour améliorer ses ressentis. Thérèse et Nouria n'ont pas reçu de diagnostic médical et leurs discours oscillaient entre pathologisation et normalisation de leurs ressentis.

En revanche, Dominique et Célia ont présenté leur syndrome uniquement sous forme de pathologie, entraînant des souffrances insurmontables. Célia ne peut pas vivre normalement sans une prise journalière de neuroleptiques et déplore la percolation du langage psychiatrique dans le langage courant qui lui donne l'impression de perdre son « statut de malade » (Gori, 2006).

« Le trouble prémenstruel, j'ai l'impression qu'il y a tout le monde qui a ça. Enfin, quand tu en parles aux gens, Maintenant t'as tout le monde qui te dit : « ouais moi j'ai ça » alors qu'il y a une différence entre être très triste avant tes règles et vraiment être pas bien pleurer, etc., et être dans un état comme moi j'ai été, où je suis obligée de prendre des neuroleptiques pour être bien. Parce que moi, j'aimerais bien ne pas être comme ça, j'aimerais bien ne pas pouvoir prendre de médicaments. Je veux dire, si un jour j'arrive à plus prendre de médicaments, c'est super, mais pour l'instant c'est pas possible sinon je peux pas travailler, je peux pas avoir de rapports avec les gens ».

Dans ce verbatim, Célia souligne l'importance du critère d'intensité et du niveau de handicap quotidien à prendre en compte dans le diagnostic de tels troubles. De plus, elle a fait part de la honte et du stigmate qu'elle associe à la pathologie mentale. Elle craint constamment une accusation d'hystérie qui l'empêche de se confier librement sur ses ressentis à son entourage.

« Dans les relations amoureuses, c'est un peu compliqué. Quand t'es une femme t'as honte facilement que voilà, tu fais des crises d'hystérie. Quand j'étais petite, souvent ma mère m'a dit que j'étais hystérique. Mon père aussi, donc c'était quand même vachement, toujours relié à ce truc d'hystérie. Et c'est vrai que l'hystérie, en tant que définition médicale ça ressemblait à ce que j'avais. Par contre, c'était une hystérie malade. Mais on me traite tout le temps d'hypocondriaque, de chiante et en fait personne te prend au sérieux. On te dit juste t'es chiante en fait et tu fais quoi de ça, moi aussi je me trouve chiante maintenant ».

Cette peur de « passer pour un hystérique » est accentuée dans le cadre de ses relations sentimentales où elle fait souvent face à l'incompréhension de ses partenaires masculins²¹. Dominique avoue peiner à accepter de souffrir de ce trouble « psychologiquement, je pense, parce qu'on se dit jamais qu'on a un souci. C'est plus difficile de s'avouer qu'on a peut-être un souci psychologique ». Notons que Dominique et Célia ont toutes deux mis en cause un traumatisme dans le déclenchement de leur trouble dysphorique, respectivement la tentative de suicide d'un proche et une agression sexuelle.

²¹ « Vraiment, l'humeur, qui avait un peu dévié, après dans ma vie privée avec les gens que je fréquente, c'est un peu, c'est un peu compliqué parce que j'ai pas forcément envie de leur dire que je prends des médicaments, mais comme je les prends avant de dormir, bah si jamais je dors avec quelqu'un, forcément, le dilemme il se pose parce que Ben la personne elle va

« Mon chemin vers la psychiatrie et vers les psys était aussi relié à ce que j'avais vécu quand j'étais petite, donc j'ai fait un chemin vers la psychiatrie, les psychologues [...]j'avais vraiment un problème au niveau de ma sexualité qui était relié à ce que j'avais vécu et il fallait que je règle ça [...]donc j'avais ça mêlé avec plein de trucs personnels au milieu. Je pense qui ont beaucoup influencé aussi ces crises » (Célia).

Certains psychiatres supposent que ce type d'événement ou « d'autres circonstances de vie » telle que la surcharge de travail salarié et domestique ou les violences familiales pourraient en effet être des facteurs prédisposant à une sensibilité accrue aux changements hormonaux (Sabourin-Guardo et al., 2020; Piccand, 2012, p. 7). Cependant, les articles biomédicaux s'intéressant aux vécus spécifiques dus « au statut social des femmes » restent rares, les recherches portant majoritairement sur les causes physiologiques de ces perturbations (Piccand, 2012, p. 7). Roland Gori (2006) expose les enjeux sociétaux sous tendant la considération des symptômes psychologiques et physiques résultant d'expériences traumatiques. Selon lui, si le trouble est conceptualisé comme objectif et ayant une existence propre détachée, du social, le patient sera, d'une part, reconnu comme victime d'une situation et méritant le « statut de malade », d'autre part, « le diagnostic scientifique infléchit la dette de la société redevable à son égard » Aussi, si l'on replace son analyse à la lumière des facteurs prédisposants au TDPM définis plus haut, la catégorisation scientifique et « objective » de ce trouble, dissimulerait les inégalités sociales impactant négativement et traumatisant parfois les femmes (p. 34). Dès lors, nous pourrions considérer le TDPM comme la

me voir en train de manger des cachets et, forcément, elle va me demander. Donc si jamais j'ai envie d'expliquer, j'explique et si jamais j'ai pas envie d'expliquer, bah soit je vais dire j'ai une maladie hormonale et les gens ils vont penser que c'est un truc genre thyroïde et du coup ils vont pas poser de questions, soit je vais dire Ouais, c'est un somnifère parce que j'ai un peu du mal à dormir ou un truc comme ça » (Célia).

manifestation physique et mentale de traumatismes et non pas un trouble intrinsèque au corps féminin. Les différents SPM seraient alors l'expression des micro-traumatismes quotidiens du sexisme ordinaire et des autres formes de violences vécues par les femmes invisibilisées par la création de ces catégories (Martin, 1988)²². Aussi, selon Mario Colucci (2005), ce phénomène est similaire aux crises d'hystérie du début de la psychiatrie asilaire.

« Les premières véritables militantes de l'antipsychiatrie, comme les appelle Foucault, parce qu'elles ont été capables de trouver la première issue de secours face à la vérité en vigueur dans les hôpitaux psychiatriques, la première défense contre le diagnostic de démence [...] Les hystériques ont tenu tête au surpouvoir psychiatrique en exaspérant le cortège des symptômes et en exhibant avec une magnificence inouïe le spectacle de leur maladie. Mais, pour Foucault, il ne s'agissait pas de maladie : « Cela a été un phénomène de lutte, ça n'a pas été un phénomène pathologique » (p. 132).

Ainsi, les violences subies par les femmes, ainsi que leurs révoltes contre leur destin social, ont été et, sont encore aujourd'hui, décryptés principalement dans un registre (psycho)pathologisant. En parallèle, la médecine a procédé à des examens ou des interventions et imposé des prises en charge de leur corps bien plus fréquemment qu'il n'aurait semblé nécessaire (Vuille et al., 2006, p. 11).

²²Dans sa recherche Martin (1988) remarque d'ailleurs que lorsque les femmes décrivent leurs émotions prémenstruelles elles emploient des termes tels que « rébellion », « résistance », « se sentir en guerre ». Ce champ lexical est important pour comprendre d'où peuvent provenir ces sentiments, bien que la plupart des femmes rapportent l'impression d'être en guerre contre leur propre corps (p. 136).

3.2 Responsabilisation des individus et société du risque

Le concept d'auto-diagnostic renvoie à l'acquisition de connaissances via différentes sources informatives ainsi qu'à travers une attention à ses ressentis corporels. Afin de saisir les raisons pour lesquelles mes interlocutrices emploient les catégories nosographiques biomédicales pour décrire leur corps, il faut se pencher sur leur niveau de littératie en santé. Stephan Van den Broucke (2017) conceptualise cette notion comme : « la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé » (p. 11). Cette littératie passe par des politiques « d'éducation à la santé », versions contemporaines des biopolitiques foucaaldiennes, visant à influencer, à travers des techniques de subjectivation, les représentations que les individus ont d'eux-mêmes. Les taxonomies produites par ces constructions discursives biomédicales réduisent les individualités à une identité assignée d'office, présentée comme une évidence qu'il s'agit d'endosser (Berlivet, 2004, p. 38).

En outre, deux modifications structurelles du système de santé entrent en jeu dans l'apparition des processus d'auto-diagnostic dans la pratique médicale. Premièrement, ce que Bureau-Point et Hermann-Mesfen (2014) appellent : « L'institutionnalisation d'une médecine centrée sur le patient et l'avènement de la démocratie sanitaire » dans laquelle les patient.e.s auront un rôle central dans le maintien de leur santé. Deuxièmement, la médicalisation croissante a engendré l'accentuation de l'intérêt et de la valorisation de la santé chez les individus. Ces derniers, reconnaîtraient et rapporteraient davantage de symptômes et de maladies car leur « seuil de perception des troubles » aurait été modifié par des phases de médicalisation successives (Aïach, 1998 cité dans Sarradon-Eck et al., 2020, p.

11). Ces mécanismes instituent la santé (défini par un bien-être physique et mental) comme valeur centrale de notre société. Aussi, la santé ne passe plus seulement par la médecine mais aussi au travers des pratiques allant de la diététique au sport, jusqu'à l'auto-diagnostic et l'auto-médication (Rose, 2007, p. 10).

Par ailleurs, nous nous trouverions actuellement dans une « société du risque » dans laquelle les instances de prévention sanitaire établissent des catégories « à risques » visées par des programmes de préventions spécifiques afin d'améliorer l'attention à soi (Berlivet, 2004, pp. 31-38). Le but de ces outils étant la propagation des informations sur « les risques de santé » à la majorité de la population en les présentant comme avec une gravité suffisante pour que les individus concernés modifient leurs « comportements à risques » (Berlivet, 2004, p. 31).

3.2.1 La santé comme charge mentale des femmes

Dans ce contexte, les femmes assument davantage de responsabilités dans le maintien de leur propre santé et dans celui de leur famille et enfants (Rose, 2007, p. 29). Dès lors, la santé devient une charge supplémentaire pour les femmes. D'une part, la socialisation genrée leur attribue automatiquement le rôle du « care » qui consiste à fournir des soins à elles-mêmes et aux autres. Certaines auront alors tendance à chercher à se conformer aux représentations « traditionnelles » de la féminité et aux stéréotypes de sexe qui leur confèrent la majorité des responsabilités familiales (Vuille et al., 2006, p. 5). D'autre part, l'éducation à la communication est également genrée, améliorant la capacité des femmes à évaluer, nuancer et décrire leurs états émotionnels et physiques. Soulignons que la plupart de femmes interrogées ont indiqué s'intéresser aux problématiques de santé, y compris celles ne travaillant pas dans ce domaine.

La gestion des menstruations et la surveillance de potentiels symptômes de SPM participent aux inégalités de genre, imposant une charge mentale supplémentaire aux femmes. À cet égard, Thérèse a tenté d'utiliser une application de tracking menstruel. Elle y notait ses symptômes mais a rapidement trouvé que cet outil, censé simplifier la vie des utilisatrices, lui ajoutait une pression et un sentiment d'hypervigilance. Faire partie du groupe social des femmes induirait alors une continuelle recherche de solutions et de gestion d'un corps et d'une psyché chroniquement malades, soit à travers des traitements médicamenteux tels que la pilule et les antidépresseurs, soit par des pratiques telles que la gymnastique, la prise de compléments alimentaires ou des techniques de présentation de soi comme le maquillage. Cette accumulation continuelle de soins au corps, apparaissant comme la seule issue permettant aux femmes « de dépasser leur condition imaginaire et sociale de malades » et d'ainsi pouvoir répondre aux injonctions de performances sociétales (Mavrikakis, 2009, p. 22).

3.2.2 Les femmes : une catégorie à risque

Les mécanismes de pathologisation du corps « féminin » articulés à une socialisation genrée à la santé, non seulement amènent les femmes à considérer leur corps comme intrinsèquement dysfonctionnel, mais impactent également les instances de prévention sanitaire. Les femmes forment alors un « groupe à risque » nécessitant une surveillance et un contrôle médical accru (McHugh, 2020). Ainsi, le constate Virginie Vinel et al. (2007) :

« Force est de constater, tout d'abord, la réelle disproportion de traitement du féminin et du masculin dans les discours et les programmes de santé. Là où le masculin reste invisible, le féminin est pléthorique. [...] Le corps féminin demeure donc, dans les représentations médicales contemporaines, du domaine du pathologique » (p. 273-274).

Ces traitements inégaux sont perceptibles dans le vécu et les propos de Nouria qui a avancé : « les femmes, on prend peut-être un peu plus soin de notre santé que les hommes. Eux, dès que tout va bien, ils ignorent. Nous, tout ce qui est examens de contrôle, aller chez le gynéco, on sait qu'il faut y aller ». La création de spécialités médicales « dédiées » aux femmes comme la gynécologie et l'obstétrique produisent et sont produites par ces représentations d'un corps instable. De ce fait, tout le parcours de la vie reproductive est médicalisé dès les premières règles, considérées comme l'un des marqueurs de la différence sexuée (de La Rochebrochard & Leridon, 2008).

À partir de l'encouragement au rendez-vous périodique chez le.a gynécologue par les instances de prévention en santé publique, la surveillance médicale des femmes est consolidée, renforçant ainsi un rapport à la santé inégal entre les sexes (Ruault, 2015, p. 36). La santé reproductive fonctionnerait comme « un dispositif global de santé » normant la vie des femmes, notamment par le biais de catégorisations et de termes médicaux propres en fonction des classes d'âge (par exemple : les ménarches, le SPM, la ménopause), et les conceptions qu'elles ont de leur corps (Ruault, 2015, p. 39). Dans ses dispositifs de prévention, les organes (comme l'utérus) et les hormones sont imaginés comme présentant un risque pour la santé. Ces représentations ne se cantonnent pas aux organes reproducteurs, par exemple, le croisement des processus de médicalisation et de naturalisation du féminin présents dans les discours de prévention contre le cancer du sein tendent à ériger le

fait d'être une femme, selon la compréhension biologisante, en tant que facteur de risque (Vuille et al., 2006, p. 11). Dorlin (2007) analyse les enjeux politiques autour de la création des « maladies de femmes » : « la cible d'une politique dans laquelle les catégories nosologiques ont produit et soutenu une hiérarchisation entre les individus », celles-ci créant alors à la fois une norme et un stigmaté (p. 23).

Dans ce contexte, celles qui refusent à la fois de se plier aux injonctions de la santé publique et de se subjectiver au travers de catégories médicales, pourraient être accusées d'adopter des « comportements à risques ». Cette supposition semble potentiellement expliquer les processus d'auto-diagnostic et d'auto-pathologisation. Des femmes qui ne comprenaient pas leurs ressentis prémenstruels dans le cadre d'une représentation biomédical ont été cataloguées de « faux négatif » dans les recherches scientifiques sur le sujet, suggérant qu'elles n'admettaient pas souffrir d'un SPM (Hamilton & Gallant, 1990 mentionnés dans Ussher & Perz, 2013, p. 911). Ce déni des diverses formes de résistance des femmes aux préceptes biomédicaux sur le syndrome prémenstruel entérine la considération des femmes en tant que personnes faisant preuve d'une passivité dupe et non en tant qu'actrices qui exploitent et traduisent différemment leur vécu et ressentis pour supporter les multiples inconforts du SPM (Cosgrove & Riddle, 2003 ; Ussher, 2012 cité.e.s dans Ussher & Perz, 2013b, p. 3). Après avoir mis en lumière les différents systèmes de représentation du corps féminin comme intrinsèquement pathologique, le chapitre suivant portera sur ces mécanismes de résistance envers ces discours et pratiques hégémoniques. Je m'intéresserai alors à la façon dont les femmes interrogées conscientisent le système inégalitaire et leurs expériences de vie individuelle et sociale comme principales causes de leur syndrome prémenstruel et de leur détresse psychique (Vuille et al., 2006, p. 12).

4. Un « trouble » socialement construit

Les manifestations du corps et du psychisme interprétées comme relevant d'une « maladie » (*illness*) ou de la « normalité » varient en fonction du contexte culturel et de l'époque concernés (Martin, 1988 ; Ussher, 2003). En ce sens, Persdotter (2020), utilise la notion de « normativité menstruelle » pour parler de la création et de l'évolution de normes liées aux règles dans la société contemporaine. Ce qui définit la « normalité » du vécu menstruel (par exemple en matière de durée, d'intensité des inconforts, des usages locaux, etc.), est basée sur des réalités statistiques. Cette « normalité » définie en termes de fréquence dans une population, a été ensuite définie en termes de « manières correctes », « saines » et souhaitables de menstruer, en opposition à des états et des manières de vivre ses règles « anormaux » (p.359).

Ces normes créeraient des « monstres menstruels » (*menstral monsters*) regroupant toutes les personnes dont le cycle ne correspond pas à ces normes. Un nombre croissant de discours, aussi bien académiques que populaires, déconstruisent les représentations d'une vulnérabilité et d'une infériorité féminine causées par le cycle menstruel. Dans son article, Lee (2002) a rencontré des femmes qui refusaient de considérer un processus physiologique « normal » comme relevant du pathologique (p. 32). Martin (2001) a noté cette attitude, de « résistance » chez certaines femmes qui rejettent le modèle biomédical d'un corps féminin dysfonctionnel (p. 187). Ces idées sont partagées à différents degrés par mes interlocutrices. Dans les sections suivantes, j'analyserai, d'abord, les compréhensions du SPM comme moyen d'adaptation « naturel » à

l'environnement. Par la suite, je mentionnerai les raisons pour lesquels la médicalisation et la catégorisation du SPM en facilitent parfois la gestion quotidienne. Finalement, je reviendrai sur les liens entre syndrome prémenstruel et vie professionnelle.

4.1 Une manifestation « normale » du corps menstrué

Deux optiques cohabitent dans les discours de mes interlocutrices. D'une part, elles se rapprochent d'une conception biomédicale du SPM en le considérant comme une pathologie et, d'autre part, elles s'en éloignent en le définissant comme un processus naturel de leur corps. Cette seconde conception du cycle menstruel est saluée par Martin (2001) :

« La jeune femme dont le cycle menstruel est affecté par le sport, le stress ou la puberté pourrait se réjouir du travail efficace de son système endocrinien qui s'adapte à sa vie quotidienne, plutôt que de s'inquiéter à tort d'une irrégularité pathologique » (p.XIII).

Elle propose d'appréhender le cycle menstruel, non pas à travers des normes biomédicales établies et rigides, mais plutôt de porter un regard positif sur les capacités d'adaptation du corps et plus spécifiquement, du système hormonal. Cette représentation du cycle rejoint la théorie de George Canguilhem sur la distinction entre normal et pathologique selon laquelle c'est la vie en elle-même et non pas un jugement médical issu d'une réalité statistique qui fait de la normalité biologique un concept de valeur (Canguilhem, 1966, p. 73). Un corps biologiquement normé serait alors engagé dans un processus de défense contre les éléments extérieurs potentiellement perturbateurs de son équilibre, dans le but de

maintenir ou retrouver ses propres normes (Rose, 2007, p. 84). La différence entre le normal et le pathologique reposerait donc sur les capacités d'adaptation du corps et non pas sur une réalité objective mesurable quantitativement.

Dans cette section, j'aborderai d'abord la manière dont mes interlocutrices décrivent leurs ressentis avant leurs règles comme des phénomènes naturels, neutres et même, pour certaines, positifs, s'éloignant des discours normatifs. Ensuite, je développerai davantage leurs rapports aux émotions exacerbées durant cette période et comment elles les acceptent et cherchent à les comprendre.

4.1.1 Une adaptation du corps

Dans les entretiens, la limite entre « normalité » et « pathologie » a été délimitée à partir du moment où les sensations prémenstruelles venaient affecter le quotidien²³. Durant des années, Laeticia a souffert de symptômes sévères avant ses règles, notamment des vomissements, de la fièvre ou encore des migraines, comme mentionné plus haut. Ceux-ci se sont calmés à la suite de la prise d'une pilule contraceptive. Magalie a parlé de « symptômes normaux de SPM » devenus plus intenses et « invivables » à la suite d'un traitement médicamenteux. L'impact dans la vie quotidienne et l'intensité de la souffrance deviennent alors les critères pour distinguer un « SPM normal » d'un « SPM pathologique ». Cependant, le terme SPM ne revêt pas forcément de connotations négatives chez certaines de mes interlocutrices, par exemple pour Cloé :

« Pour moi le syndrome prémenstruel c'est comment ton corps il change avant ton cycle donc avant ton premier jour de règle et puis le syndrome prémenstruel c'est quand tu as mal au ventre, enfin ton ventre il se prépare à avoir tes règles, on dit souvent aussi que tes

²³Rappelant ainsi la théorie de Cahnguillhem citée plus haut.

émotions elles peuvent être un peu... t'es beaucoup plus sensible [...] je considère que je souffre d'un SPM parce que mon corps pendant, il est pas comme avant ni après ».

Cloé utilise des termes neutres tels que « changements » pour décrire cette période. Les interlocutrices plus âgées qui ont dû effectuer des recherches pour nommer leurs ressentis inconfortables et qui ont découvert cette catégorie médicale plus tardivement, ont été davantage enclines à utiliser des termes pathologisants et négatifs, tels que « dépression », « perturbations » ou « troubles ». Tandis que Cloé, la plus jeune d'entre elles, pense avoir toujours connu le terme « SPM » et ne l'a jamais associé à une pathologie²⁴. Déborah considère ces phénomènes prémenstruels comme reflétant l'adaptation de son corps à son environnement : « Enfin, je commence à comprendre juste que chaque symptôme que j'ai ben c'est ma normalité, juste comprendre le cycle que j'ai et voilà ». Pourtant, à d'autres moments de l'entretien, elle employait des notions pathologisantes (issues de la psychiatrie) pour décrire son vécu²⁵. Persdotter (2020), argue que « la normativité menstruelle » est influencée par une multitude de discours créant des formes de normativités parfois paradoxales provenant aussi bien des normes statistiques biomédicales, des idées patriarcales sur les règles ou encore des représentations féministes des menstruations comme phénomènes émancipatoires, dont il faut parler ouvertement. Toutes ces diverses arènes de discours produisant différentes normes menstruelles, il n'existe finalement pas une unique « normalité menstruelle » (p. 362).

²⁴Je reviendrai sur l'importance de la variable de l'âge dans le chapitre suivant.

²⁵Déborah a fait des études de médecine dès lors, je me dois souligner l'influence de sa formation sur son discours.

Lorsque j'ai demandé à Nicole si elle considérait souffrir d'un SPM, celle-ci m'a répondu : « Je considère que j'ai des symptômes. De là à dire souffrir ? Parce que je culpabilise un peu à dire souffrir quand j'ai des amies qui vraiment souffrent, elles peuvent pas sortir de chez elles. Mais oui, c'est quelque chose que je perçois qui est pas toujours agréable ». Anna possède un point de vue similaire considérant que son corps s'adapte au fur et à mesure de son vécu et de l'environnement dans lequel elle évolue durant son cycle. Ces phénomènes hormonaux ne sont pas perçus comme négatifs ou pathologiques, mais comme une réponse à un mode de vie et un équilibre auquel il ne faut pas toucher²⁶. Ces conceptions du cycle correspondent aux formes de discours que certaines théoriciennes et militantes féministes, prônent depuis les années 1970 : les changements prémenstruels seraient un aspect normal de la vie des femmes, quelque chose qu'il faut, certes, prendre au sérieux dans certains cas, mais non pas appréhender comme pathologiques (Martin, 2001 ; Ussher, 2003, p. 142). Ces représentations se sont propagées au-delà de ces milieux et sont devenues, elles aussi, des formes de discours hégémoniques, créateurs de nouvelles normes (Persdotter, 2020, p. 363).

Aussi, la plupart des femmes interrogées considèrent les représentations sociétales et médicales des menstruations comme l'un des facteurs principaux les empêchant de vivre sereinement leurs cycles. Leurs maux ne résulteraient pas uniquement de déséquilibres hormonaux, mais aussi de l'impossibilité du corps de « s'exprimer » librement (Martin, 1988) et de la persistance de tabous sur les règles

²⁶« Vu que j'ai hyper cette vision de garder un équilibre je pense que c'est pour ça que je veux aucune contraception hormonale parce que j'ai pas envie de créer un déséquilibre dans mon corps. Vu que j'ai un équilibre qui me convient j'ai pas envie de le déséquilibrer avec des hormones. Comment je pense que ça influence mon SPM ? En vrai je connais pas hyper bien le cycle qu'est ce qui se passe au niveau des hormones, j'ai un peu oublié. [...] Je me dis juste qu'il y a des variations et que c'est normal ».

(Johnston-Robledo & Chrisler, 2020). Les personnes menstruées étant incitées à étouffer leurs émotions durant cette période. En effet, cette considération se retrouve dans les propos de Déborah qui affirme :

« Peut-être que si on m'avait laissée et on m'avait dit depuis le début c'est normal. C'est possible que tu ressenties les choses différemment que d'autres filles. Que tels et tels trucs tu ressenties, peut-être que je le laisserais plus s'exprimer donc en gros, moi je trouve qu'en fait, à cause de ce cliché, c'est un monde caché, t'as rien le droit de dire t'as pas à en parler, tu vis ton truc dans ton coin, t'as aucune idée si t'es plus ou moins touchée que quelqu'un d'autre et c'est juste à cause de ce cliché de la femme hystérique et tu te sens obligée aussi quand tu t'énerves, continuellement, tu te sens obligée de prouver que t'as pas tes règles. C'est pas normal. Enfin, t'as le droit d'être énervée des fois et sans avoir tes règles ».

Par conséquent, les changements du corps sont appréhendés à la fois comme des dérèglements résultant de pics hormonaux incontrôlables et des ajustements corporels « naturels » ne nécessitant pas d'être médicalisés outre mesure. Cependant, l'idée qu'une femme en bonne santé a nécessairement ses règles, participe à créer des normes menstruelles. En effet, celles qui ne menstruent pas seraient considérées comme ne correspondant pas aux critères de la « saine féminité ou fémellité » et deviendraient ainsi des « monstres menstruels » (Persdotter, 2020, p. 363). Ainsi, le développement de ces nouvelles représentations et normes du corps « féminin », explique partiellement l'oscillation entre pathologisation du cycle à travers les terminologies médicales et une déconstruction de ces mêmes catégories. En conséquence, nous pouvons déjà

déceler chez les personnes interrogées, une sensibilité aux questions féministes. De surcroît, certaines interlocutrices jugent ces modifications corporelles et psychiques comme des phénomènes comportant des avantages et non une faiblesse.

4.1.2 Des changements salutaires

Anna et Nouria visualisent la période menstruelle comme source de détoxification, rejoignant ainsi les perceptions de l'âge classique considérant les menstruations comme moyen d'élimination des toxines du corps (Stolberg, 2000)²⁷. Pour Anna, « les règles serviraient à détoxifier, du coup il y a plus de toxines dans le corps juste avant les règles ce qui aurait aussi un impact sur l'irritabilité ». Selon Nouria les phases prémenstruelles et menstruelles seraient des périodes « pures » et « détoxifiantes ». Notons que, dans son étude, Lee (2002) a recueilli des perceptions similaires chez des femmes pour qui ce nettoyage en profondeur était connecté à la fonction reproductive, le système était alors purifié pour permettre à un nouveau cycle reproducteur de commencer (p. 30).

En outre, Nicole m'a confié apprécier distinguer les rythmes cycliques de ses changements corporels. Elle a ajouté : « J'aime le rythme et me dire que c'est un cycle et que ça rythme un peu ma vie et puis ça me permet d'expliquer comment je me sens ». D'après Ussher et Perz (2013b), la conscientisation du caractère temporaire et la normalisation de ces ressentis permettent une meilleure tolérance des phénomènes physiques et psychiques liés au cycle menstruel (p. 917). En effet, ces formes de réconciliation avec le corps et son fonctionnement, prônées par la littérature féministe, permettraient de réduire la vision négative du corps entraînant

²⁷Dans ce travail, je n'ai pas traité en détail l'influence qu'ont des formes de spiritualités sur les représentations du cycle menstruel et du corps. Toutefois, notons qu'Anna m'a fait part de croyances proches du New Age et du magnétisme et Nouria m'a confié être de confession musulmane.

de la souffrance. Au-delà de l'expérience menstruelle, les idées d'acceptation et d'appréciation du corps dans sa globalité portent aussi sur d'autres formes d'être au corps « hors-normes » tels que le surpoids (fatness) ou encore le handicap (Herdnon, 2002 cité dans Mondragon Idoiaga & Belasko Txertudi, 2019, p. 367).

4.1.3 L'expression des émotions

Cette acceptation des variations cycliques du corps, sont aussi identifiables dans les propos relatifs aux changements émotionnels avant les menstruations. Tandis que mes interlocutrices employaient certains termes médicalisés comme « »dépression » ou « »pathologie » ou « »folie », elles décrivaient également des émotions accrues, mais légitimes²⁸. C'est notamment le cas d'Anna qui estime que les émotions ressenties lors de la phase prémenstruelle, bien que plus intenses qu'habituellement, se manifesteraient déjà quotidiennement et seraient totalement légitimes. Elle a, par exemple, fait référence à sa colère vis-à-vis de son environnement professionnel. De plus, Anna corrèle son anxiété et ses difficultés à gérer ses émotions avant les règles à un manque de confiance en elle général. C'est également le cas de Cloé et Caren qui remarquent une plus forte sensibilité avant leurs règles mais précisent qu'« elles sont des drama queens déjà de base ». Cette expression du langage courant reflète d'ailleurs l'image des femmes dont les émotions sont extrêmes et non maîtrisées. Soulignons que son équivalent masculin, « drama king », n'existe pas. Ce constat indique l'influence des représentations pathologiques de la psyché féminine dans le langage.

²⁸Je note, cependant, qu'aucune des femmes souffrant d'un trouble dysphorique prémenstruel n'a tenu ce type de discours. Les émotions ressenties par les femmes s'auto-diagnostiquant un TDPM sont décrites comme « »anormales » et incompréhensibles.

Léa, quant à elle, se décrit comme étant déjà anxieuse et sujette aux changements d'humeur et trouve ainsi normal de réagir plus fortement. De la même manière, Sandra et Nicole²⁹ décrivent leur état émotionnel habituel comme un terreau déjà sensible :

« Je pense quand même avoir une baisse d'estime de moi, mais, je pense que ma personnalité fait aussi. Je suis pas tout le temps sûre de moi, ce syndrome-là va quand même légèrement accentué. [...] c'est pas des émotions qui sortent de nulle part parce que cette émotivité je l'ai déjà de base, ça colle avec ma manière de penser habituelle »
(Sandra).

Certaines sources médicales remettent en cause la catégorisation du « SPM » ou « TDPM » en tant que pathologies et préfèrent les analyser au prisme de troubles psychologiques préexistants (Sabourin-Guardo et al., 2020). Dans ce cas de figure, Charlotte voit ses troubles du comportement alimentaire ou ses troubles anxieux être accentués pendant son cycle, ce qu'elle lie à une sensibilité exacerbée et non à un nouveau trouble relatif à l'arrivée des règles. Dans une étude (2013), Ussher et Perz remarquent que les personnes menstruées conscientes de leurs changements prémenstruels et capables de les normaliser auraient une tendance réduite à se pathologiser et à recourir à des expressions telles que la « folie » pour parler de leurs ressentis (p. 16). De plus, cette perception des sentiments liés au cycle menstruel comme étant une accentuation normale et provisoire des émotions permet selon Joan Chrisler et Paula Caplan (2002) de « les positionner comme légitimes plutôt que comme pathologiques, et d'ainsi résister à une construction

²⁹« J'ai toujours corrélé, ça a des sentiments de plus grande sensibilité, donc j'aurais plus tendance à vivre quelque chose avec je sais pas plus de tristesse ou plus d'irritabilité ou à sur-analyser. Moi, j'ai déjà une tendance comme ça, parfois à trop réfléchir à une problématique qui est déjà pas trop complexe, et je peux très facilement me laisser trop sur-analyser quelque chose dans ces moments-là » (Nicole).

discursive des femmes comme étant folles, malsaines ou dangereuses » (citées dans Ussher & Perz, 2013b, p. 916). Dans cette optique, les femmes ne vont pas cesser de ressentir des émotions négatives avant leurs menstruations, mais parviennent davantage à les vivre sereinement. En les acceptant comme des facettes de leur personnalité et de leur panel émotionnel, elles ne craignent pas l'intensité de leurs sentiments, ne les médicalisent pas et ne cherchent pas à les refouler (Ussher, 2003, p. 143).

4.2 L'influence de l'environnement

Dans cette seconde partie, je mettrai en exergue le duo « savoir-pouvoir » et illustrerai la façon dont la connaissance du terme médical de syndrome prémenstruel peut être utilisé comme moyen de se légitimer auprès de l'entourage. Sur la base des discours de mes interlocutrices sur le travail du « care », je détaillerai la manière dont le syndrome prémenstruel n'est pas catégorisé comme un problème intrinsèque au corps, mais inhérent aux dysfonctionnements d'un système global, de leur profession ou du partage sexué des tâches (Ussher, 2003).

4.2.1 Une incitation au « self-care »

De surcroît, le SPM devient un prétexte permettant de se reposer sans culpabiliser ou d'éviter des situations sociales et professionnelles contraignantes. Mes interlocutrices m'ont confié vouloir prendre davantage de temps pour elles durant cette période. Laeticia apprécie son confort ainsi que la liberté de manger « tout ce dont elle a envie » qu'elle s'octroie durant cette période. Anna a décrit une tendance à plus s'écouter et à apprendre à reconnaître ses sensations corporelles :

« Ouais j'ai l'impression que mon rapport au corps il a changé avec le temps maintenant je suis plus dans un mood d'observer et de vivre les sensations de mon corps. Et d'être à l'écoute plus de mon corps. Je le vis vraiment différemment et j'ai l'impression de presque apprécier cette douleur des règles parce qu'elle est pas non plus trop intense comme chez certaines personnes. Si j'ai la possibilité, si j'ai rien à faire la journée et que c'est mon premier jour de règles et que j'ai des douleurs je me pose dans mon lit je fais rien je mets une bouillotte et je prends conscience de mes sensations corporelles. Alors que si je dois aller taffer je prends un Dafalgan et je vais taffer ».

Dans son étude, Ussher et Perz (2013b) a aussi mentionné des stratégies d'attention à soi qu'elle appelle d'auto-préservation (*self -preservation*), par exemple certaines femmes relatent avoir besoin d'être plus souvent seules avant leurs règles, non seulement pour éviter des situations difficiles ou des personnes avec qui il existe des tensions, mais aussi pour se recentrer sur elle-même et procéder à des activités de « self-care » et s'offrir un confort optimal. Les femmes rapportant ces moments de protection d'elles-mêmes ont, selon cette recherche, moins tendance à l'auto-pathologisation car elles profiteront de ces situations agréables pour réguler les sensations prémenstruelles potentiellement négatives (p.920).

En outre, les narrations de certaines de mes interlocutrices sur l'expérience du SPM révèlent une série d'injonctions patriarcales incorporées : par exemple, le rapport à la nourriture et au corps svelte (hyperphagie, hypercontrôle, prise de poids). Alors que la plupart des femmes interrogées considèrent cette période comme un moment où elles s'autorisent à manger ce qu'elles souhaitent, d'autres m'ont confié une gêne et une baisse d'estime d'elles-mêmes causée par une prise de poids. Charlotte souffre davantage de ses troubles du comportement

alimentaire, a une vision négative de son corps et ressent de la culpabilité causée par une « perte de contrôle » sur son alimentation avant ses règles. En raison d'une pratique sportive de haut niveau, Alexa s'est imposée des restrictions alimentaires pendant des années. Durant cette époque, son syndrome prémenstruel lui paraissait plus difficile à vivre en partie à cause des restrictions imposées. Actuellement, elle s'autorise à manger ce que son corps lui réclame pendant son syndrome prémenstruel : « J'ai compris que c'était ça et je mange ». Déborah a souvent mentionné une prise de poids et une rétention liquidienne avant ses règles, qui aggravaient son mal-être :

« Le truc qui me dérange vraiment visuellement, je suis hyper complexée et du coup je fais attention, je mange plein de fruits et pas trop salé et puis je fais pas mal de sport à ce moment-là [...] si je fais n'importe quoi, du coup je vais prendre plus de poids et ça va empirer le mal-être. Donc je fais plus gaffe ».

Dans sa recherche, Lee (2002) distingue deux groupes : d'une part, les personnes positives par rapport aux menstruations et, d'autre part, celles qui les appréhendent de manière négative. Ces dernières auraient davantage tendance à exprimer des sentiments d'auto-détestation et se montreraient plus conscientes de l'image corporelle qu'elles renvoient (p. 31). Dans ma recherche, je n'ai pas séparé ma population en ces deux groupes distincts. Selon mes observations, les commentaires relatifs à l'image corporelle et à la prise de poids durant le SPM semblaient plutôt en lien avec l'histoire et au rapport personnel au corps de mes interlocutrices, qu'avec leur perception des menstruations. À partir de mes entretiens, cette « auto-régulation » (*self-regulation*) (définie par un contrôle accru de l'alimentation avant les règles), peut être analysée d'un point de vue purement physiologique : une mauvaise alimentation accentuant certaines douleurs (Ussher & Perz, 2013b). Cependant, notons les quelques propos recueillis sur la prise de

poids comme l'une des causes majeures des symptômes psychologiques négatifs. Cette auto-vigilance du corps est, par conséquent, socialement construite par des injonctions patriarcales envers les femmes. Par exemple, la nécessité de rester svelte quelles que soient les circonstances est influencée par les idéaux physiques de minceur féminine. L'attention accrue à l'alimentation reste donc à la frontière entre du « self-care » et une auto-surveillance pour se conformer à cette norme (Bordo, 1993 ; Jeffreys, 2005 cités dans Ussher & Perz, 2020b, p. 202).

À partir de discours sur le SPM, nous pouvons relever le poids de la charge mentale qui les incite à garder un corps mince et culpabilisant une éventuelle « perte de contrôle ». Nous pouvons relever l'importance accordée à la matérialité du « corps féminin » et à son esthétique dans les systèmes de représentations. De plus, ces manifestations corporelles ne sont pas unanimement problématiques ou difficiles à vivre, elles le deviennent dans un contexte culturel produisant certains idéaux physiques et performatifs. Certaines femmes ne considérant ni les modifications physiques, ni les changements émotionnels comme une souffrance, il semble alors nécessaire d'analyser leur capacité de gestion et de négociation avec leurs symptômes péri-menstruels (Ussher & Perz, 2020a, p. 223). Martin (1988) spécifie que les symptômes prémenstruels constitueraient l'expression physique et psychique d'une lutte et d'une colère contre l'ensemble des répressions patriarcales sur le corps et la vie des femmes (p. 136).

4.2.2 Un moyen de légitimation

Lors de notre entretien, Sandra a rapporté comment ses émotions accrues avant ses règles étaient thématiques au sein de son couple :

« C'est une période où je suis pas bien mais je suis quand même beaucoup dans la communication aussi et j'exprime beaucoup mes émotions. Et je trouve que c'est une façon aussi de me rapprocher de mon compagnon, il est beaucoup dans l'empathie dans ces moments-là ».

Reberte et al. (2014) analysent la façon dont des cadres de représentations tels que la médicalisation et les « schémas de comportements masculins » (*patterns of masculine practices*) influencent l'attitude des hommes à l'égard de leur compagne souffrant de SPM. En effet, les hommes interprètent et construisent leur réalité à travers les cadres de représentations culturels hégémoniques de la biomédecine, ce qui transparait alors dans leurs récits et leurs conceptions du SPM vécu par leur compagne (p. 139). Ussher et Perz (2013a) ont d'ailleurs étudié le lien entre le syndrome prémenstruel et l'expérience relationnelle de l'hétéro-féminité. Elles ont constaté que celui-ci serait mieux géré et moins fréquemment pathologisé dans les relations lesbiennes,³⁰ « les constructions hétéro-patriarcales à la fois de la féminité et des changements prémenstruels jouant un rôle dans le vécu des douleurs prémenstruelles » (p.135)³¹. Chez certaines femmes interrogées l'utilisation du discours hégémonique médical sur le SPM leur permet de faire valider leurs émotions et leurs douleurs par leur entourage (et particulièrement leur conjoint). La « médicalisation » des maux prémenstruels leur permet de se détacher des discours autour de l'hystérie présumée des femmes et de concevoir le SPM comme une maladie liée aux hormones, dont les femmes ne sont pas responsables. De cette manière, elles parviennent à susciter de l'empathie et une prise en considération de leur état notamment par leur partenaire non menstrué.

³⁰Durant cette recherche, je n'ai interrogé personne actuellement dans une relation homosexuelle.

³¹Selon leur recherche, dans les relations hétérosexuelles les discours et les représentations du syndrome prémenstruel seraient davantage négatifs et le partage inégal du travail domestique augmenterait la souffrance prémenstruelle, pathologisant ainsi davantage cette période du cycle (Ussher & Perz, 2013, p.132).

Cette communication s'établit via un registre de langage compréhensible pour les deux : celui du trouble. Aussi, Miriam m'a confié son impression d'avoir parfois inconsciemment exagéré sa douleur afin d'être plus aisément excusable. Nouria a rapporté que, grâce à la découverte du terme « syndrome prémenstruel » par son mari, elle avait enfin réussi à lui faire comprendre sa souffrance à travers un discours médicalisant :

« J'ai commencé à faire des recherches sur Internet et en fait, j'ai un Facebook, avec mon mari et du coup une fois il voit ce terme sur un groupe et il me dit, « mais en fait t'as tous les symptômes ». Je crois qu'il s'est rendu compte que c'était vrai en fait ce qu'il m'arrivait tout ça c'est vrai. Et en fait, finalement c'est comme s'il s'était rendu compte que je disais la vérité ».

De plus, la découverte de l'existence d'une catégorie nosographique leur permettant un auto-diagnostic, a rassuré mes interlocutrices. Ainsi, Léa affirme dans le verbatim qui suit :

« Au début, j'avais un peu l'impression d'être folle en me disant mais enfin il y a que moi à qui ça fait ça ? Enfin, est-ce que j'ai un problème particulier ? Et en fait non. Et ça me soulage et j'arrive à prendre du recul et à me dire que c'est juste une passe de quelques jours, ça va passer et voilà[...]Ouais, ça m'a beaucoup aidé. Ça, m'a vraiment soulagée de pouvoir mettre un mot dessus et de voir qu'il y a d'autres personnes qui l'expérimentent, ça a été important pour moi » (Léa).

Dès lors, la catégorisation scientifique de leurs sensations et émotions prémenstruelles a permis de susciter une meilleure compréhension et davantage d'empathie envers la souffrance des femmes atteintes de SPM en les prémunissant ainsi d'accusations d'exagération, de somatisation ou de faiblesse de caractère (Martin, 1988, p. 115). De plus, Lee (2002) observe que les femmes interrogées considéraient aussi que leurs symptômes n'étaient pris au sérieux qu'à travers leur « biomédicalisation » (Lee, 2002 citée dans Reberte et al., 2014, p.143).

Par conséquent, la connaissance et l'opérationnalisation des discours hégémoniques médicaux sur le SPM leur permet une agentivité, leur conférant une opportunité d'exposer leurs besoins. De cette manière, mes interlocutrices ne se subjectivent pas seulement à travers des catégories pathologisantes mais trouvent des stratégies conscientes pour s'adapter à un environnement mal adapté à leur cycle menstruel, résistant aux constructions genrées de leur souffrance (*gendered constructions of distress*) (Ussher & Perz, 2013a, p. 134). Elles prennent donc une certaine distance avec les catégorisations médicales et exploitent ces termes comme des « labels » pour être prises au sérieux (Lee, 2002, p. 31). Endosser la position de personne « atteinte du syndrome prémenstruel » relève d'une stratégie ambivalente et complexe. Bien que ce taxon renvoie à un imaginaire du féminin monstrueux, il permet d'apposer une explication sur l'affliction des femmes, en reconnaissant la « réalité » du vécu. Les stratégies discursives de reproduction et de contestation de ces discours s'entremêlent, et elles ne font donc pas l'objet de développements autonomes et distincts (Day & al. 2010 cités dans Ussher & Perz, 2020a, p. 226).

En revanche, pour Miriam, l'emploi du terme « SPM » ne revêt qu'une fonction de reconnaissance sociétale et médicale et n'entraîne pas de réelles conséquences pragmatiques. De ce fait, elle ne s'était jamais posé la question sur l'utilité d'un diagnostic médical formel. Ses propos laissent transparaître une certaine réserve

quant à l'utilité des terminologies biomédicales ainsi qu'envers le système médical dans sa globalité³². Ainsi, à travers un processus de normalisation, de conscientisation et des stratégies de légitimation de leurs sensations, ces femmes « résistent aux discours culturels négatifs associés au SPM, rejettent l'auto-pathologisation et évitent ou améliorent leur vécu prémenstruel » (Ussher & Perz, 2013b, p. 923).

4.2.3 Une réaction corporelle au social

Dans cette partie, je m'intéresserai aux effets du syndrome prémenstruel dans la vie professionnelle de mes interlocutrices car les menstruations ne sont pas considérées par les femmes uniquement d'ordre privée à reléguer au foyer et à la sphère familiale, mais comme inextricable des autres aspects de leurs vies comme le travail (Martin, 2001, p. 92). Par ailleurs, l'impact du cycle menstruel sur la performance professionnelle intéresse la médecine depuis le XIX^e siècle,³³ certaines femmes questionnant alors elles-mêmes leurs capacités durant cette période (Martin, 1988). Par exemple, Thérèse exerce la profession de conseillère en insertion et observe de plus grandes difficultés dans son travail pendant son SPM³⁴. Thérèse, comme treize des vingt-quatre personnes interrogées exerce une profession dans ces secteurs : le social et les soins, la problématique du SPM au travail ayant particulièrement émergé des discours de mes interlocutrices exerçant une profession du « care ».

³²Méfiance que j'étudierai plus en détail dans le dernier chapitre de ce travail.

³³Cet intérêt s'étant accru à partir de la Seconde Guerre mondiale (Cf : chapitre 1.4 Les origines de la création des catégories)

³⁴« C'est dur parce que moi je travaille au contact du public et l'idée de mon travail c'est de les remettre à l'emploi. La manière de faire, c'est de leur montrer, d'être l'exemple du dynamisme, de faire les choses, pour leur donner envie d'être dans ce mouvement. Quand j'ai mes règles, le mouvement, il est compliqué ».

Hatice Kahyaoglu Sut et Elcin Mestogullari (2016) soulignent que, statistiquement, les infirmières déclarent davantage souffrir d'un SPM. Ils attribuent cette tendance à leurs lourdes responsabilités, au stress, aux longues heures de travail ainsi qu'à un faible niveau de reconnaissance de leur travail (p. 79)³⁵. Au-delà de ces considérations statistiques, cette information nous renseigne sur le rôle de la division sexuée du travail dans la « gestion des émotions » et du corps avant les règles. Selon Benelli (2016) : « dans des métiers occupés majoritairement par des femmes, il est nécessaire pour les salariées de maîtriser les attributs liés à la féminité et à la séduction mais également de cacher les signes d'épuisement » (p. 152 cité dans, Boeuf, 2020, p. 22). C'est le cas des infirmières interrogées qui affirmaient que leur syndrome prémenstruel impactait négativement leur rapport aux patient.e.s et, par conséquent, leur travail. Martin (2001) analyse cette posture spécifique des femmes au travail comme une manifestation d'une « micro physique du pouvoir » (*micro physic of power*) participant à dompter les corps (p.122), les professions du « care » exigeant des employé.e.s d'effectuer des performances corporelles et émotionnelles (Benelli, 2016, p.149 cité dans Boeuf, 2020, p. 22). Le travail d'infirmier requiert, comme condition sine qua non de son efficacité, une discipline du corps et de son apparence qui consiste à invisibiliser toutes formes de souffrances ou d'irritations tout en s'abstenant de refléter celles des autres et de laisser transparaître la pénibilité du travail fourni afin d'assurer l'attitude mentale nécessaire dans l'exercice de ce métier (Benelli, 2016, p.155 cité dans Boeuf, 2020, p. 22).

Cette nécessité « d'effacer le corps » que requiert la profession d'infirmière se retrouve par exemple dans la pratique de Carine, infirmière en pédiatrie :

³⁵La prévalence d'un SPM suffisamment fort pour impacter négativement la performance au travail, est de 25.1% chez les infirmières dans l'étude de Sut et Mestogullari (2016, p.79).

« Comme on bosse pas mal sous stress, en général, le stress prend le dessus. Et puis ça se calme et puis c'est dès que j'ai ce moment un peu de relâchement, je sens que ça remonte. Et puis ça, ça se bloque à nouveau Enfin, c'est un peu décuplé après ».

Sandra, infirmière à domicile, a, quant à elle, raconté que durant son temps de travail ses douleurs et ses émotions lui paraissaient comme « éteints » et se décuplaient une fois chez elle. Anna déplore de devoir « éteindre » son corps durant son travail : « t'es tellement prise, t'as tellement de travail et de stress que t'oublies ton corps et ça ça me soûle, quand ça passe au deuxième plan ». Ainsi, De nombreuses personnes menstruées sembleraient moins tolérer cette discipline du corps et des émotions durant la période prémenstruelle (Martin, 1988, p. 122). Toutes ont mentionné leur difficulté à rester empathiques et à prendre soin d'autrui durant cette période ainsi qu'à faire preuve d'une sensibilité adéquate face à la vulnérabilité. Ainsi Carine m'a confié faire preuve de moins de patience, répondre plus sèchement et ressentir moins d'empathie envers les patient.e.s. Certain.e.s de ces collègues lui ont d'ailleurs fait remarquer cette attitude inhabituelle à plusieurs reprises. Avant ses menstruations, Fatima se sent moins patiente et « attentionnée » :

« Mais vraiment, ça va être des trucs. J'adore prendre mon temps avec les patients, je les bichonne, je les chouchoute bien. Mais là plus vite c'est fait mieux je me porte. Je ne suis pas comme ça en temps normal, mais j'ai pas la patience d'écouter. On va dire que je me contente du strict minimum, je fais mon boulot correctement parce qu'il faut. Mais les trucs tout bêtes, je sais pas. Je bossais dans une unité de soins intensifs et les gens qui étaient dans le coma, ils n'ont pas de quoi se laver, j'avais les dames, je les coiffais, je faisais des nattes, c'est tout bête mais je prenais le temps de faire ça, mettre de la crème sur les

« pieds, la manucure, je prenais vraiment le temps de le faire et bah là tu peux être sûr que je fais une toilette basique, je fais une queue de cheval et puis je suis dehors ».

De même, Alexa, infirmière en chirurgie, se sent plus susceptible et plus stressée avant ses règles. Par ailleurs, Aline, infirmière aux soins intensifs, a confié éprouver plus de difficultés à gérer les situations sociales auxquelles elle devait parfois faire face ; les compétences associées au travail du « care », impliquant justement un travail émotionnel à la fois sur soi mais aussi sur autrui. Certaines interlocutrices ont mis en place des stratégies d'adaptation afin de mieux vivre leur syndrome prémenstruel au travail. Elles évitent alors certaines tâches ou situations qui pourraient les mettre à mal et structurent leurs agendas de manière à avoir moins de tâches durant cette période³⁶. Cette organisation préalable reste cependant presque impossible dans les métiers du soin. Lors de colloques, Nicole avoue ne pas oser débattre avec ses collègues durant la période prémenstruelle de peur d'être accusée d'« hystérie ». Elle craint que ses collègues (surtout les psychologues) perçoivent son changement d'humeur, en comprennent la cause et invalident ainsi ses propos³⁷.

Ces propos sur le SPM en milieu professionnel sous entendent que l'intensité des ressentis n'est pas due à un potentiel déséquilibre hormonal et donc à un problème intrinsèque à leur corps, mais bien à un système, une société ou une profession qui ne leur permet pas de vivre sereinement leur cycle. C'est de cette incompatibilité que découlerait leur colère (Martin, 2001). Ainsi, elles mentionnaient des facteurs

³⁶Comme l'analyse Martin (2001), la plupart des femmes interrogées dans les études sur les menstruations ne considéraient pas les changements prémenstruels comme une raison suffisante pour changer la structure du temps de travail (p. 125).

³⁷Les débats autour du congé menstruel en préoccupent certain.e.s car il pourrait accentuer les discriminations à l'emploi à l'encontre des femmes, et aussi normaliser les douleurs aiguës, parfois symptôme de pathologies graves. Pour d'autres, il favoriserait enfin la mise en oeuvre de traitements égaux dans la sphère professionnelle (Boeuf, 2020, p.25)

environnementaux comme le stress, une mauvaise qualité de vie professionnelle ou des remarques sexistes comme autant d'éléments contraignants et déclencheurs de réactions corporelles

« Notre vie professionnelle elle s'adapte pas à notre cycle c'est hyper dur quand je dois aller travailler ou quand j'ai des obligations professionnelles, parce que la vie sociale je peux l'adapter à mon cycle. Mais la vie professionnelle je peux pas, c'est hyper dur de continuer à vivre au même rythme et de se lever quand t'as moins d'énergie. D'être en contact avec des gens dans le milieu du travail ou avec les patients quand j'ai beaucoup moins de patience et que j'arrive moins à gérer mes émotions. [...] mais ça je pense que ça serait un truc qui serait trop bien de changer tout le système qui s'adapte à notre cycle. Mais bon de toute façon on est pas dans une société qui est à l'écoute des gens. Faudrait un rythme de base moins intense pour pouvoir supporter » (Anna).

Par conséquent, leur corps n'est en rien dysfonctionnel. L'organisation et la structure de leurs professions les empêchent de fonctionner par cycle et d'exprimer certaines émotions ou douleurs. Des études statistiques ont en effet relevé qu'un lien existe entre les difficultés inhérentes à l'organisation et aux exigences du travail infirmier et un auto-diagnostic de SPM (Sut & Mestogullari, 2016)³⁸. Cette situation laisserait supposer non pas l'existence de problèmes intrinsèques au corps des femmes requérant des soins, mais plutôt une nécessité de repenser la société dans son ensemble. En effet, les symptômes relatifs au SPM ne sont pas problématiques dans toutes les situations, ils le deviennent lorsqu'ils surgissent

³⁸Les infirmières souffrant de SPM sont également celles ayant indiqué la plus basse satisfaction professionnelle, ne pas apprécier leurs conditions de travail et ne pas se sentir impliquée dans les décisions les impactant (Sut & Mestogullari, 2016, p.81).

dans un système social et économique spécifique aux exigences professionnelles particulières, dans ce cas-ci, les symptômes du SPM deviennent handicapants dans l'organisation des soins infirmiers (Martin, 1988, p. 127).

En résumé, j'observe une oscillation entre une auto-pathologisation résultant d'une subjectivation à travers la catégorie nosographique du « syndrome prémenstruel » et des formes de résistances envers cette infériorisation du corps « féminin ». Ces réactions se traduisent par une normalisation, une appréciation et une exploitation des symptômes ressentis. Aussi, certaines femmes interrogées remettent en question le système global dans lequel elles évoluent et le cadre de représentations médicalisé du SPM. Une distanciation avec ces conceptions médicales nécessite, de la part des femmes, la conscientisation que leur colère est légitime et probablement due à leur infériorisation dans la société sur la simple base de leur sexe (Martin, 1988, p. 135). Dans les propos recueillis sur le SPM, une prise en considération des problématiques de genre est décelable, notamment dans la santé. Ainsi, le prochain chapitre sera dédié à la démocratisation de l'éducation à la santé et du militantisme lié aux règles sur les réseaux sociaux comme moyens de propagation de nouvelles normes menstruelles (Persdotter, 2020).

Deuxième partie

Origine d'un auto-diagnostic

« Pour aller plus loin dans la compréhension des structures de pouvoir qui affectent les femmes, nous pouvons aussi nous pencher sur d'autres domaines. Michel Foucault nous a rendu attentif à la fréquence à laquelle, à notre époque actuelle, nous nous contrôlons avec des catégories de connaissances, sans la présence réelle d'aucune figure d'autorité ou d'expert. Analyser les subtilités de tels processus d'auto-régulation ne va pas nous conduire dans une clinique ou le cabinet d'un docteur mais dans des espaces tels que des groupes de soutien dans lesquels, sans la présence d'aucun expert, les femmes et les hommes cherchent à interpréter et à mettre en pratique de nouvelles normes émergentes [...] A la suite de ce travail de terrain, nous devrions potentiellement réévaluer la possibilité que les femmes ou tout autre groupe soient capables de résister aux modèles médicaux en tant que structure de pouvoir, puis les changer » (Martin, 2001, p. XXIV).

Dans la préface de son livre Martin (2001) décrit un événement durant lequel une étudiante en médecine lui avait fait part d'éléments sexistes dans ses outils d'apprentissage. Elle s'est alors réjouie de constater que des discours, auparavant cantonnés aux milieux académiques féministes, avaient atteint des étudiant.e.s en sciences dures. En parallèle, la résistance vis-à-vis de la médicalisation croissante de la vie humaine porte principalement sur deux aspects : d'une part la dépolitisation de problèmes sociaux transformés en « troubles » médicaux et de l'autre l'impérialisme d'une autorité médicale agressive (Rose, 2007). Tandis que des mouvements sociaux aussi bien de militantisme féministe que de défense de personnes en situation de handicap ont commencé à réprouver le paternalisme médical et la toute-puissance de la médecine sur la vie des individus, l'initiation de l'instauration d'un processus de responsabilisation et d'émancipation des

patient.e.s, a mis en exergue le rôle de la « citoyenneté active transformant les patient.e.s en consommateur.trice.s », notamment à travers l'accessibilité grandissante de divers types d'informations médicales en ligne (Rose, 2007, p. 10).

Nous voyons ainsi apparaître l'émergence d'une « conscience critique à propos des menstruations favorisant des visions positives des femmes et de leurs corps » (Mondragon Idoiaga & Belasko Txertudi 2019, p. 359-360). Dans cette partie, j'analyserai les phénomènes induisant un auto-diagnostic. En premier lieu, je m'intéresserai aux sources d'informations sur cette thématique mentionnées par mes interlocutrices. Je mettrai en évidence la manière dont elles ont intégré des discours pour penser et politiser leur corps, notamment des représentations issues des revendications féministes. En deuxième lieu, j'étudierai leur perte de confiance envers la médecine conventionnelle, les éloignant des cabinets médicaux.

5. Le « SPM » : démocratisation d'une catégorie médicale

Dans ce chapitre, j'analyse la manière dont s'est produite la démocratisation et l'usage courant d'une dénomination médicale. En analysant la découverte par mes interlocutrices du « syndrome prémenstruel » via leur mère et les réseaux sociaux. J'évaluerai si ceux-ci jouent un rôle dans une possible auto-pathologisation, devenant ainsi de nouvelles technologies d'autosurveillance du corps des femmes. Dominique Cardon (2010) analyse, d'ailleurs, un « encastrement d'Internet dans la sociabilité des individus » (p. 55 citée dans Bertrand, 2018, p. 233). Par ailleurs, je me pencherai sur les pages de militantisme en ligne qui vulgarisent certaines thématiques propres aux études genre (*gender studies*), qu'elles diffusent ensuite massivement. Dès lors, je mettrai en lumière la manière dont les communautés en ligne, en se substituant parfois aux professionnel.les de santé, influencent l'auto-diagnostic et la démedicalisation du syndrome prémenstruel.

Dans sa thèse, Samarah Hodge (2019) avance, qu'en facilitant la discussion sur les menstruations, les réseaux sociaux permettent de surmonter la honte et la gêne de la société sur ces sujets (p. 99). Elle précise cependant, que certains contenus peuvent aussi réitérer des stigmates et la négativité associés aux menstruations. Tandis que les personnes menstrué.e.s subjectivent et vivent leurs menstruations à travers ces discours performatifs, les réseaux sociaux agissent comme diffuseurs de connaissances et de pratiques impactant leurs perceptions (Andreasen, 2020, p. 905).

5.1 La transmission intrafamiliale

Tout d'abord, intéressons-nous brièvement au cadre familial de mes interlocutrices. En effet, celui-ci représente le lieu privilégié d'apprentissage sur les menstruations, les mères étant la première source d'information et de socialisation au sujet des règles. (Boeuf, 2020, p. 17). La « pathologisation produisant à la fois du stigmate et de la socialisation », nous pouvons supposer l'impact des discours (ou tabous) familiaux sur le rapport que mes interlocutrices entretiennent avec leur période prémenstruelle (Delanoë, 2007, p. 52).

Alors que la plupart m'ont confié n'avoir aucun problème à parler de leurs menstruations en famille, notamment avec leur mère, quelques-unes m'ont parlé du tabou qui régnait dans leur cercle familial à ce sujet. Déborah m'a par exemple confié n'avoir jamais parlé avec sa mère de son SPM. Selon elle, ce sujet serait accueilli avec beaucoup de gêne au sein de sa famille. Charlotte a, elle aussi, révélé ne pas connaître le parcours menstruel de sa mère et de sa sœur car elles n'en parlaient pas. Elle n'a jamais eu de discussions avec sa mère à propos de la période prémenstruelle, sa mère vérifiant seulement, à l'aide d'un calendrier, que ses filles avaient des cycles correspondant à la norme des vingt-huit jours. Effectivement, il est encore fréquent que les mères évitent la discussion, présumée gênante, avec leurs enfants car ce processus corporel est perçu comme honteux (Mardon, 2011, p. 34, cités dans Boeuf, 2020, p. 17). Sandra a fait part d'un autre sujet tabou difficile à aborder avec sa mère et ses sœurs, non pas celui des menstruations, mais celui de la douleur. Elle le considère comme une particularité culturelle, sa famille étant bouddhiste, la souffrance se doit d'être domptée et cachée.

Dominique a tenu à préciser l'importance qu'elle accordait aux discussions avec sa fille sur le SPM en veillant à ne pas lui faire peur et de risquer d'« en faire une pathologie ». Elle souhaite quand même l'informer des possibles changements prémenstruels. Aussi, elle regrette ne pas avoir eu suffisamment d'informations de sa mère quand elle était plus jeune³⁹ et n'avoir pris connaissance que très tard de l'existence de ce « trouble »⁴⁰.

Certaines n'avaient aucune gêne à en parler dans le cadre familial, toutefois, leur mère leur avait inculqué une vision négative du cycle. Carine a associé les règles à la souffrance dès ses ménarches. Sa mère, lui ayant immédiatement exposé les règles comme très douloureuses :

« elle ne me l'a jamais nommé sous syndrome prémenstruel, elle m'a toujours dit oui, mais c'est normal d'avoir mal. Mais elle me l'a jamais nommé en tant que tel. Et puis peut-être que parce qu'à son époque, ça ne se nommait pas ».

Cette première forme de socialisation aux menstruations joue probablement un rôle dans les perceptions d'un corps en souffrance avant les règles. La communication au sujet des règles se limitant à des plaintes sur les douleurs qu'elles engendrent, les adolescentes associent souvent les menstruations à des douleurs physiques et des changements d'humeur, avant même de les avoir eues pour la première fois (King, 2020, p. 409). Tout comme Carine, d'autres interlocutrices m'ont rapporté avoir discuté avec leur mère de ces ressentis sans

³⁹ « On m'a dit que c'est ce qui permettait d'avoir des enfants et que ça voulait dire que je devenais une jeune fille. Après tout ce qui est, comment le vivre, ce qu'on peut éventuellement ressentir, non, ma mère n'a jamais communiqué là-dessus. À l'époque, nous avions tout ce qui était magazines ou les radios comme Fun Radio ou Skyrock sur lesquels on pouvait communiquer des bonnes pratiques. Où sur lesquels on diffusait à l'époque des témoignages de jeunes filles » (Dominique).

⁴⁰ Par le biais d'une sage-femme.

connaître le terme spécifique de « syndrome prémenstruel ». Ce qui peut me conduire à l'hypothèse d'un effet générationnel, peut-être en lien avec les réseaux sociaux et à la plus grande littéracie en santé qu'ils induisent. Léa a raconté s'entretenir souvent avec sa mère à ce propos et lui avoir appris ce terme après l'avoir découvert elle-même sur les réseaux. Seule la mère de Laeticia a dénommé « syndrome prémenstruel » ce que sa fille vivait. Nouria et Valentine, deux de mes interlocutrices les plus âgées, m'ont dit avoir découvert ce terme non pas via les réseaux sociaux mais dans des magazines féminins.

5.2 Menstruations, SPM et féminisme en ligne

La table ronde à laquelle je me suis rendue⁴¹ dans le cadre de cette recherche a corroboré un point relevé dans mes premiers entretiens : lorsque l'on parle des menstruations et du syndrome prémenstruel, il est difficile d'ignorer le rôle des réseaux sociaux dans les discours. En effet, mes interlocutrices ont automatiquement établi un lien entre le syndrome prémenstruel, leur consommation de contenus sur les réseaux sociaux et les mouvements féministes. Il est vrai qu'au travers de différents médias comme les contributions textuelles (par exemple des témoignages) partagés sur des plateformes tels que des blogs, Facebook, YouTube et Instagram, des militant.e.s cherchent à contribuer à l'acceptation des corps menstrués et à la compréhension des règles comme un aspect normal du fonctionnement corporel (Gaybor, 2020, p. 6). Ainsi, Claire Balleys analyse les contenus YouTube sur les menstruations, comme des espaces favorisant l'émergence de nouvelles manières de concevoir les menstruations et l'expérience menstruelle (*new emergences of menstruation and menstruating subjectivities*), particulièrement chez le public adolescent (Balley, 2017 citée dans Andreasen, 2020, p. 901).

⁴¹Pour rappel : elle était intitulée « Règles et douleurs : l'exemple des réseaux sociaux ».

De ce fait, l'activisme féministe, notamment en ligne, a modifié le cadre socio-culturel des menstruations dans la société contemporaine et en a favorisé une représentation positive (Burrows & Johnson, 2005; Chrisler, 2008, 2013; Rembeck et al., 2006 cités dans Mondragon Idoiaga & Belasko Txertudi, 2019, pp. 359-360). Selon Chris Bobel et Fahs (2020), l'objectif principal du militantisme en santé menstruelle viserait l'émancipation des représentations médicale dominantes sur les menstruations et les femmes à reprendre le contrôle de leur corps et de leur santé (Bobel, 2006 citée dans Mondragon Idoiaga & Belasko Txertudi, 2019, p. 360). Aussi, comme l'analyse David Bertrand (2018), le « web participatif » désignant un espace virtuel facile d'accès par tous.te.s permettrait une actualisation de certains débats et des « modes de participation au politique », encourageant ainsi l'émancipation et l'« empowerment » dans divers domaines (p. 233).

5.2.1 Littéracie menstruelle en ligne

Lors de mes entretiens, j'ai demandé si mes interlocutrices avaient déjà entendu parler du terme « syndrome prémenstruel » auparavant et, si c'était le cas, par quel biais. Sur les vingt-quatre femmes interrogées, treize ont affirmé l'avoir aperçu sur les réseaux sociaux. Par exemple, Cloé a expliqué avoir l'impression d'avoir toujours connu ce terme via sa présence sur les contenus Internet qu'elle consomme :

« Après j'en ai entendu parler sur des réseaux, dans des vidéos des interviews genre sur Insta [...] je suis des pages très générales et puis il y a une vidéo ou un article sur les règles par exemple, je suis pas vraiment de pages détaillées sur les règles [...] moi je suis des comptes sur des sujets que je connais pas du tout donc des sujets comme les règles ou le SPM ça tombe dessus et ensuite on va se documenter [...] On voit aussi beaucoup de vidéos qui essaient de normaliser tout ça ».

Les propos ci-dessus ont été recueillis chez la plus jeune femme interviewée. En effet, l'utilisation des réseaux sociaux dépend de l'âge et de la génération à laquelle appartiennent les individus. Un glissement opéré par les adolescent.e.s des sources traditionnelles d'apprentissage sur les règles⁴² vers les contenus en ligne, a engendré une différence de perception générationnelle sur cette thématique (Andreasen, 2020, p. 902)⁴³. Dans ce contexte, les réseaux sociaux sont devenus des outils d'« éducation à la santé » et d'« embodiment » (Ussher & Perz, 2020b). Berlivet (2004) a étudié comment, à la fin des années 1970, un nouveau mouvement des politiques de santé se tourne vers la publicité, le cinéma et les autres médias de l'époque pour « traduire en supports visuels et sonores les messages de prévention » (p. 32). Lorsque ces médias ont commencé à servir d'outils d'éducation à la santé, ils visaient d'abord des groupes à risque, et, par la suite, ont ciblé la population globale (Berlivet, 2004). Dès lors, nous pouvons nous interroger sur le rôle de « technologies politiques des individus » que les réseaux sociaux ont joué durant la dernière décennie (Berlivet, 2004, p. 32). Dans la mesure où ceux-ci, accentuent la « conscience de soi des individus », ils peuvent inciter à l'auto-diagnostic, notamment via un accès facilité aux informations et à la terminologie médicale. Par conséquent, ces pages traitant du SPM renforcent potentiellement une vision pathologique du corps féminin, notamment en ciblant spécifiquement les femmes dans la diffusion de contenus sur la santé, les catégorisant ainsi en tant que « population à risque ».

Par ailleurs, certaines ont rapporté avoir découvert ce terme sur des pages Instagram dont les menstruations ne constituent pas forcément le sujet central. Les thématiques relatives au genre et à la sexualité, abordées par ces comptes étant plutôt vastes. Caren a indiqué être tombée sur des pages traitant du SPM sur des

⁴²Andreasen (2020) cite les magazines, l'éducation sexuelle et les professionnelles de santé (p. 902).

⁴³Ce glissement pourrait expliquer en partie la conception de Cloé développée plus haut : le SPM étant une « normalité » décrivant simplement l'ensemble des ressentis prémenstruels.

réseaux tel que TikTok. Elle précise qu'elle ne cherche pas nécessairement des informations sur ce sujet, celles-ci lui « tombant dessus » spontanément. De la même manière, Alexa et Rebecca⁴⁴, Carine et Léa estiment avoir eu écho de ce terme pour la première fois sur des pages Instagram sans nécessairement être à la recherche de cette information.

« Ça devait être sur Instagram ou un réseau social où je suis tombée sur la définition et après j'ai fait des recherches. Et c'est là où j'ai découvert que ça existait, qu'il y avait un mot dessus et des différences d'intensité [...] C'était sur ce genre de compte où la parole est un petit peu libre, surtout par rapport aux femmes[...]je saurais pas dire comment je suis tombée sur cette page-là mais je me suis abonnée parce que ça m'intéresse et puis voir aussi que ça fonctionne différemment pour tout le monde, ça m'intéresse et l'explication aussi c'est ce que je cherchais. Mais c'est vrai que les témoignages, vu que c'est plus personnel, c'est ce qui m'a intéressé surtout [...] pour « SpmtaMère » bah c'était surtout par rapport aux symptômes psychiques parce que le mal de ventre tout ça, on l'a plus associé à tout ce qui est physique, après émotionnel, ça restait un peu un mystère. Associer l'aspect émotionnel avec le cycle et du coup, c'est en découvrant le terme du « SPM » qu'on a réussi à associer les deux » (Léa).

⁴⁴« Ouais mais ça c'est plutôt recherches personnelles sur Internet sur Insta, ouais [...]Moi, c'était plutôt à des comptes un peu militants féministes globaux. Et puis bah il se trouve qu'ils parlent aussi pas mal des règles » (Rebecca).

Ce passage indique deux influences des réseaux sociaux dans le vécu de Léa. Premièrement, elle a pu mettre un terme sur ces ressentis, ce qui l'a soulagée. Deuxièmement, la stratégie pédagogique sur les réseaux ne réside pas dans la publication d'informations médicales formelles, mais majoritairement dans la pratique du partage de témoignages des abonné.e.s, permettant ainsi à Léa de comparer et normaliser ce qu'elle vivait (Gaybor, 2020, p. 12). Aussi, Thérèse a-t-elle entendu pour la première fois l'expression « SPM » dans « l'Émifion », un podcast sur la chaîne YouTube du média *Madmoizelle*⁴⁵, visant à éduquer et sensibiliser « sans tabous » à des sujets en lien avec la sexualité à travers l'information et le partage d'expériences. Selon Fabien Granjon (2012), l'évocation du témoignage constitue d'ailleurs l'une des pratiques majeures du militantisme en ligne (cité dans Bertrand, 2018). Dès lors, cet essor des réseaux sociaux en tant qu'« outils d'éducation et de solidarité entre femmes », permet de défier des attentes sociétales normatives et idéalistes (aussi bien esthétiques que de performances) imposées par la société néo-libérale contemporaine (Gaybor, 2020, p. 5). Sur ces pages, le quotidien est politisé « de manière à construire une forme de connaissance expérientielle et, contrant ainsi le manque d'informations et les inconsistances provenant des sources médicales et traditionnelles au sujet du cycle menstruel » (Gaybor, 2020, p. 5). Pour Charlotte, les réseaux sociaux ont, en effet, comblé les lacunes des sources d'information conventionnelles :

« Donc forcément, au bout d'un moment, on s'informe par soi-même, mais pourquoi en fait je ressens ça et puis on se rend compte que c'est parce qu'on ne nous dit rien depuis toujours[...]C'est dommage que c'est pas géré, maintenant on commence à en entendre parler, mais

⁴⁵Un magazine féminin en ligne se revendiquant féministe et ciblant les femmes de 15 à 30 ans.

grâce au travail de certaines influenceuses. Pendant longtemps tu disais ça à ton gynéco, c'était pas grave. Alors que maintenant ils le [le SPM] prennent un peu plus au sérieux ».

Elle salue d'ailleurs « un progrès en termes d'éducation sur les règles et sur le corps de la femme » et précise que, plus jeune, elle n'avait pas l'impression d'avoir eu un accès si aisé à ces informations :

« Je pense surtout que c'est plutôt le fait que les gens, les langues, se sont déliées en fait, et qu'il y ait eu vachement de campagnes d'information et puis les réseaux sociaux. C'est assez fou avec les militantes féministes qui ont aidé en fait à déconstruire ».

Déborah a, elle aussi, découvert récemment ce terme via les réseaux sociaux. En outre, elle a indiqué l'ampleur qu'avait ce tabou dans son entourage avant cette mouvance.

Notons cependant l'appétence et l'intérêt préalables de mes interlocutrices pour cette thématique. D'une part, elles sont plus enclines à s'intéresser à ce type de contenus (le militantisme menstruel) et, d'autre part, à en sont davantage la cible du fait des algorithmes opérant sur Instagram. Ainsi, l'homophilie déjà existante dans le monde social est renforcée par le fonctionnement du « web participatif » (Bertrand, 2018, p. 234)⁴⁶. Dès lors, nous pouvons émettre une première hypothèse : la circulation de cette catégorie médicale et l'accumulation de témoignages sur les symptômes du SPM risqueraient d'inciter les consommatrices

⁴⁶Ce type de contenus, situés socialement, viseraient particulièrement les femmes blanches, éduquées et de classe moyenne supérieure (Andreasen, 2020).

de ces contenus à penser leur corps comme intrinsèquement dysfonctionnel. En généralisant les vécus et en intégrant ces discours, elles se penseraient finalement au prisme des catégories médicales pathologisant le « féminin » (Delanoë, 2007).

En revanche, nous pourrions arguer que ces contenus permettent un détachement des discours biomédicaux sur les menstruations, en les normalisant et les replaçant dans le contexte de domination qu'est le sexisme. Tous les promoteurs de la santé menstruelle, que ce soit par le biais de l'humour, de la poésie ou de la recherche empirique doivent faire face à des siècles d'internalisation de discours sociétaux négatifs sur la féminité, considérant le corps féminin comme instable et sale, devant être constamment entretenu par des médicaments et des pratiques d'esthétiques (Bobel & Fahs, 2020, p. 1001). En conséquence, mes interlocutrices se sont distancées des discours médicalisés à propos de leur corps pour se tourner vers des représentations féministes⁴⁷. Cette approche féministe de l'« éducation à la santé » permettrait alors aux consommateur.trice.s de ces contenus d'adopter une vision plus positive du corps menstrué (Gaybor, 2020 ; Hodge, 2019 ; Mondragon & Txertudi, 2019).

À partir de cet encouragement à l'« empowerment », nous pouvons présumer non pas une auto-pathologisation chez les femmes, mais plutôt une prise de conscience des problématiques systémiques impactant leurs représentations du corps. Bien souvent, les expériences du corps servent de point d'entrée dans l'engagement politique et la dissémination de documentation en ligne. Ces réseaux sociaux sont des lieux sécurisés où les utilisateur.trice.s trouvent un soutien et témoignent en toute sécurité de leurs préoccupations, des informations et d'expériences (Gaybor, 2020, p. 5).

⁴⁷Celles-ci s'étant démocratisées et étant devenues une nouvelle forme de « sens commun » (*common sense*) (Martin, 2001, p.23) ou de nouveaux « discours hégémoniques » (Persdotter, 2020).

5.2.2 Une porte d'entrée au féminisme

Durant la « seconde vague du féminisme », l'une des revendications du mouvement pour la santé des femmes concernait la problématique de la sécurité menstruelle mise en lumière par plusieurs décès dus au syndrome du choc toxique (Bobel & Kissling, 2011, p. 8 cités dans Hodge, 2019, p.103). Ce mouvement faisait circuler des prospectus contenant des informations pour guider les personnes menstruées à choisir leurs produits d'hygiène menstruelle en toute conscience. Hodge (2019) compare cet activisme au phénomène actuel sur Instagram où les usager.ère.s peuvent partager des informations sur les règles (p. 103). Dans cette partie, je montrerai comment la normalisation des menstruations est devenue une des revendications majeures de ce que Bertrand (2018) appelle « la quatrième vague du féminisme ». Cette vague se traduit, selon lui, par l'émergence de nombreuses formes de militantismes féministes sur les réseaux sociaux. Il la définit comme :

« Un « moment » du féminisme, durant lequel le mouvement se reconfigure et se transforme rapidement en réponse à l'évolution de la sociologie, de ses militant.e.s et du contexte social. Pour affirmer qu'il existe une nouvelle vague féministe, il faut se fier à deux indices déterminants : le constat d'un engagement féministe croissant, ou d'une hausse marquée de l'intérêt porté au féminisme et aux problématiques qu'il soulève dans l'espace public; et le renouvellement des méthodes et des thèmes principaux abordés par les militant.e.s » (p. 236).

Selon Josiane Jouët et al. (2017), la fréquentation des plateformes vectrices d'idées féministes serait effectivement en augmentation (cités dans Bertrand, 2018, p. 246). Nonobstant la démocratisation d'Internet, Bertrand (2018) explique ce nouvel attrait du public pour les questions féministes par la présence d'une jeunesse instruite et politisée ainsi que « des structures d'opportunités politiques favorables au mouvement » (p. 238). Les vagues féministes successives n'étant pas comprises en opposition les unes aux autres, mais comme une remise à jour et une réappropriation dans un contexte politique différent de l'idéologie et des revendications féministes des générations précédentes (Bertrand, 2018, p. 238). Au lieu de parler d'activisme menstruel (*menstrual activism*), Persdotter (2013) préfère le concept de « contre-mouvement menstruel » (*menstrual countermovement*) qu'elle définit comme « toutes les actions et les acteurs cherchant volontairement à défier le discours dominant présentant les menstruations comme honteuse et à garder secrètes » (citée dans Bobel & Fahs, 2020, p.1004). De cette façon, une multitude de nouveaux contenus émergent visant à déconstruire et faire évoluer les perceptions habituelles du corps menstrué (Gaybor, 2020, p. 1).⁴⁸ Si bien que, la plupart de mes interlocutrices ont spontanément parlé du féminisme en ligne durant notre entretien.

C'est ainsi que Déborah m'a confié qu'Instagram avait été une porte d'entrée pour mieux comprendre des problématiques féministes et déconstruire le regard négatif et honteux que son entourage portait sur les règles. Charlotte, quant à elle, a rapporté s'être tournée vers ce type de contenus quand elle a voulu se renseigner sur le féminisme et déconstruire certains acquis. Thérèse a un avis plus mitigé sur le féminisme en ligne qu'elle considère comme trop vulgarisé. Toutefois, elle

⁴⁸Bobel et Fahs (2020) rappellent d'ailleurs, que les menstruations sont depuis bien longtemps considérées par les féministes comme n'appartenant pas seulement au domaine de l'intime mais comme un sujet politique (p.1002). Le slogan le « personnel est politique » insiste sur l'enracinement des expériences individuelles des femmes dans les inégalités structurelles (Gaybor, 2020, p.3).

reconnait l'utilité d'Instagram ou de webzines comme *Madmoizelle* en tant qu'outils de sensibilisation au féminisme chez les plus jeunes. Léa apprécie de « se retrouver » dans ces publications :

« On peut quand même parler assez librement et justement, il démocratise des choses du quotidien, que ce soit le SPM ou d'autres choses par rapport aux femmes, qui sont taboues où très fermées, en tout cas dans la vraie vie, et je trouve que c'est des comptes où on s'y sent bien ».

Etant donné que les pages sur les réseaux sociaux apparaissent comme des espaces personnalisés par leur auteur.trice, ils peuvent être considérés comme des « extensions matérielles de notre vie quotidienne » (*material extensions of our everyday lives*) (p. 3), permettant de discuter et documenter notre vécu personnel d'enjeux politiques globaux (Highfield 2016, p. 3 cité dans Gaybor, 2020, p. 3). Ainsi, le partage de diverses expériences de corporalité « embodied experiences » devient source d'une résistance plus large contre l'oppression patriarcale (Gaybor, 2020, p. 3). C'est notamment le cas de Magalie pour qui le SPM et les violences médicales subies, ont été à l'origine de sa déconstruction des discours sur le corps des femmes et par la suite de son implication dans la cause féministe :

« J'étais d'accord avec la réclamation des féministes, mais pas forcément avec plein d'autres choses. Aujourd'hui, je me rends compte que c'était juste une construction du patriarcat dans ma tête mais du coup je suis devenue très féministe grâce à ça ».

Par conséquent, la santé menstruelle, aurait le potentiel à inspirer des formes de résistances politiques, via le projet global de libération du contrôle et de l'objectivation sociale et médicale des corps des femmes (Bobel & Fahs, 2020, p. 1001)⁴⁹.

5.2.3 Des communautés de partage

En dernière analyse, il me semble intéressant d'analyser la manière dont le partage de témoignages et de solutions sur le syndrome prémenstruel participent à une forme d'« empowerment » et à un éloignement de l'hégémonie médicale. Déjà en 1999, Mickael Hardey analysait ce phénomène sur les forums médicaux et décelait des signes « empowerment » des individus sur leur santé :

« La domination médicale est défiée, non seulement en exposant des connaissances médicales « exotique » aux yeux du public (Good, 1994) mais également par la présence d'un large éventail d'informations et d'approches de la santé. L'autonomie de la médecine est principalement fondée sur l'accès exclusif à une « connaissance d'expert »(Giddens, 1991) et sur la capacité à définir des domaines d'expertise et de pratiques. La démocratisation d'Internet représente une menace pour ces dispositifs » (p. 823).

Les informations auxquelles les individus ont accès sur Internet ont permis de constituer un savoir « profane » basé sur l'expérience. Loin d'induire une auto-pathologisation, cette connaissance et la multiplicité des régimes thérapeutiques proposés éloigneraient alors les individus du statut paternalisant du « malade » face au médecin. Dans le cadre de la santé reproductive, cette nouvelle

⁴⁹Tami a manifesté son étonnement : après avoir étudié aux Etats-Unis, elle a déménagé en France et a (re)découvert sur Instagram cette mouvance du militantisme lié aux règles. Elle m'a confié en avoir été surprise car elle avait déjà entendu ce type de discours plusieurs années auparavant aux Etats-Unis, se demandant alors si le militantisme féministe francophone n'était pas en retard sur ces problématiques.

configuration de l'expertise médicale permet de se distancer d'une médecine paternalisante, voire patriarcale, et regorgeant de biais sexistes. Ces partages se réalisent au sein de communautés en ligne ou « identités collectives » (*collective identities*) facilitant le regroupement d'individus sans liens préalables et l'intégration de personnes auparavant marginalisées à travers le partage d'intérêts, d'expériences et de préoccupations communes (Friedman, 2007, cité dans Hodge, 2019, p. 22). Par ailleurs, les frontières entre les interactions sociales virtuelles et physiques se floutent et ne peuvent plus être analysées séparément (Wajcman & Jones, 2012, p. 673 cités dans Hodge, 2019, p. 22). Dans ces communautés en ligne, les internautes se sont forgé.e.s des savoirs expérientiels sur leur « syndrome prémenstruel » et deviennent des sortes de « patient.e.s expert.e.s » remettant en cause les frontières de l'expertise et les discours stigmatisant sur les règles (Bureau-Point & Hermann-Mesfen, 2014).

Sur ces pages, mes interlocutrices cherchent des solutions chez leurs paires plutôt que chez une figure médicale. Dominique a, par exemple, fait part du soulagement induit par sa découverte des groupes sur Facebook sur le TDPM. Elle a trouvé une forme de réconfort et s'est sentie moins isolée dans sa souffrance en interagissant avec d'autres. N'ayant pas obtenu de solution médicale qui lui convenait, elle a mené ses propres recherches, accumulant ainsi un savoir « profane » : alliant compréhension de son corps et expérimentations (Bureau-Point & Hermann-Mesfen, 2014). Grâce à Internet, les individus ont accès à des formes de communication rapides, élargies et égalitaires sur une multitude de sujets (Gaybor, 2020, p. 4). Aussi, ces groupes Facebook dédiés aux menstruations fonctionnent, d'une part, comme support social réunissant des femmes menstruées, où le corps menstrué est produit et démocratisé. D'autre part, ils forment des communautés qui permettent une évolution dans la représentation du corps « féminin » (Gaybor, 2020, p.4). De cette manière, Facebook et Instagram deviennent des supports sur

lesquels se construisent des communautés, facilitant des interactions sur des sujets auparavant tabous (Gaybor, 2020, p. 1). Ces deux facettes ressortent alors de ce qu'a décrit Léa :

« Ce sont des endroits bienveillants où on y voit un petit peu de tout, un peu tous les problèmes et ça apporte aussi des solutions. Il y a une interaction entre nous, en fait, qui est intéressante et qui est facilitée par les réseaux sociaux. C'est des conversations ou des sujets qu'on va pas aborder avec n'importe qui, ou plus facilement en tout cas que dans la vraie vie. Ça m'arrive de commenter ou de d'interagir avec quelqu'un ».

Léa apprécie donc la liberté de parole régnant dans ces groupes et l'opportunité d'apprendre et de trouver des solutions à des problématiques, qu'elle n'aborde pas avec son entourage direct. En échangeant sur leurs expériences intimes et leur vécu quotidien, les participant.e.s actif.ve.s dans ces communautés brisent certains tabous autour des menstruations et créent de nouvelles normes discursives. Sur ces pages, les peurs et les défis, autrefois tus, sont exprimés et légitimés par les autres. À travers ces dialogues et ce partage d'expériences similaires, les discours habituels sur les menstruations sont défiés et déconstruits, laissant place à de nouvelles recommandations. Par le biais, de messages écrits ou d'images, elles deviennent une ressource informationnelle faisant du vécu incarné du corps menstrué la source majeure de production des connaissances sur les menstruations ((Gaybor, 2020, pp. 11-12).

Ces groupes permettent à la fois d'échanger des informations et aussi de trouver des solutions pour atténuer le syndrome prémenstruel. Ainsi, certaines interlocutrices m'ont dit s'être tournées vers ces groupes à la recherche de remèdes car elles ne se sentaient pas suffisamment écoutées par les professionnel.le.s de

santé, parce que ce sujet n'était pas abordé pendant les consultations ou du fait qu'elles n'approuvaient pas les solutions médicamenteuses proposées. Refusant ainsi de réduire leur corps à un objet médicalisé et pathologisé, ces femmes se réapproprient la gestion de leur santé. Mentionnons par exemple Nouria qui se sert des réseaux sociaux pour trouver un remède naturel à ses insomnies prémenstruelles. Ces groupes de partage créent une forme de culture participative dans laquelle chaque contribution a une utilité et chaque membre est soutenu et valorisé (Jenkins, 2009 cité dans Gaybor, 2020, p.12). Par ailleurs, ces échanges horizontaux défient les normes sociales en divulguant la manière dont les activités quotidiennes peuvent permettre de remettre en cause les connaissances et les pratiques hégémoniques autour des corps menstrués (Gaybor, 2020, p. 12). La mise en avant de solutions homéopathiques et de remèdes « faits maison » apparaissent comme des formes de résistances envers l'hégémonie de l'expertise médicale et les discours négatifs sur les menstruations, les réduisant à une simple expérience biologique douloureuse (Gaybor, 2020, p. 12). Dès lors, nous retrouvons chez mes interlocutrices, des utilisations des réseaux sociaux identiques à celles mentionnées dans la littérature. Tout d'abord, ils deviennent des espaces pédagogiques sur lesquels des informations concrètes sur le fonctionnement du cycle menstruel et sur la santé menstruelle sont fournies. Ensuite, les discussions sur ces plateformes permettent de briser le tabou menstruel et de donner de la visibilité à ces problématiques. Finalement, ces pages créent des communautés de partage autour de thématiques ciblées (Gaybor, 2020, p. 1)⁵⁰.

⁵⁰« Les participantes qui connaissent leur corps sont disposées à partager leurs expériences personnelles et leurs conseils les unes avec les autres. Elles considèrent leurs discussions comme outils pédagogiques et comme une forme d'engagement avec des pratiques médicales non hégémoniques et d'autres compréhensions de la santé, de leur cycle menstruel et de leur corps. Ces pratiques sont importantes car elles fonctionnent comme un moyen communautaire de se renseigner de manière autonome sur le corps menstrué. C'est une connaissance incarnée qui aide les femmes à prendre des décisions éclairées et à gérer leur expérience menstruelle dans leur vie quotidienne » (Gaybor, 2020, p.12).

Malgré l'aspect réconfortant de ces pages, certaines de mes interlocutrices craignent que l'évocation constante de ce « trouble », ne le renforce et en multiplie les symptômes. Les menstruations finiraient alors par être appréhendées qu'à travers la question de la souffrance :

« Voyez en parler pour en fait s'inscrire dans tout ce qui est un peu négatif. Il y a des personnes, ils en parlent, mais ça donne rien parce qu'en fait ils en parlent, mais au final y a pas de solutions. Donc je trouve que c'est peut-être un peu inutile aussi » (Nouria).

Fatima avait un avis similaire : dans un premier temps, elle a apprécié découvrir des témoignages sur des comptes Instagram. Elle s'est sentie moins seule face à ses fortes douleurs et ses changements d'humeur dont elle ne parlait pas à son entourage. Dans un second temps, en accumulant les lectures sur ces contenus, elle a redouté de développer de nouveaux symptômes, sur la base des vécus des autres internautes⁵¹. Thérèse et Célia ont émis plus de réserves sur la pratique du témoignage en ligne. Elles regrettent notamment la vulgarisation médicale qui peut induire en erreur et favoriser un auto-diagnostic biaisé. Ces contenus sont, pour elles, trop basés sur les ressentis et non sur des « faits » ou des mesures d'aide concrètes. Elles craignent alors que l'influenceur.seuse inexpérimenté.e. ne se substitue aux experts.

Ainsi, l'utilisation de ces différentes plateformes varie en fonction de la manière dont l'usager.ère perçoit son corps et se subjective : soit à travers des notions médicales, soit, au contraire, en s'en détachant. Grâce aux réseaux sociaux, certaines de mes interlocutrices se sont éloignée d'un discours biomédical

⁵¹« Finalement, je me suis dit, bon, c'est pas mal de se renseigner, je suis quand même concernée donc là, j'ai commencé à suivre les comptes effectivement pas plus que ça parce que j'ai pas non plus envie de me faire une psychose, être baignée dedans [...] à force de lire et de regarder ces comptes je me dis, je vais développer les mêmes trucs, je vais finir sous

pathologisant et paternalisant sur le corps des femmes et ont développé une forme « d'empowerment »⁵², leur permettant d'évaluer et parfois de douter des savoirs experts. (Lupton, 1997 citée dans Hardey, 1999, p. 821). Cette dernière considération, nous mène au dernier élément analytique de ce travail : une méfiance croissante à l'égard des professionnel.le.s de santé justifiant la nécessité pour mes interlocutrices de s'auto-diagnostiquer. Magalie nous avait signifié plus haut que sa perte de confiance envers la médecine lui avait servi de porte d'entrée au militantisme. En effet, les récits portant sur des critiques du système de santé et la manière dont les souffrances (des femmes) y sont thématiques comme insignifiantes ou ignorées (Gaybor, 2020, p. 10).

antidépresseurs. [...]Mais donc au final ces témoignages sur Instagram, c'est un peu à double tranchant parce qu'à moitié : « Ah, c'est normal ». Et puis il y a des gens qui ont pire et plus je lis, plus j'ai l'impression que je l'ai, par contre se dire « Ah oui, okay, bon, on est toutes un peu dans le même bateau. C'est plus rassurant » (Fatima)

⁵²L'empowerment" menstruel vise à encourager les femmes à se sentir à l'aise avec leurs menstruations en déstigmatisant les discussions sur ce sujet et en cherchant à créer une vision positive des règles (Hodge, 2019, p. 26).

6. Une prise de distance avec la médecine

Dans la démocratie sanitaire contemporaine, au travers de laquelle tous et toutes deviennent responsables de leur propre santé, (Rose, 2007) nous voyons apparaître la figure du.de la « patient.e contemporain.e » : impliqué.e, informé.e et parfois « expert.e » de son état de santé ou de maladie (Bureau-Point & Hermann-Mesfen, 2014). Cette apparition du.de la « patient.e contemporain.e » dans le système de santé va de pair avec une confiance réduite à l'égard d'une autorité médicale perçue comme sexiste et paternalisante. Elle fait notamment suite à une série de scandales sanitaires médiatisés ayant marqué les années 1990 et 2000 telles que l'affaire du sang contaminé ou des hormones de croissance qui ont amené à une prise conscience chez de nombreuses personnes des incertitudes de la pratique médicale et de la faillibilité de ses acteur.trice.s (Bureau-Point & Hermann-Mesfen, 2014).

Ce mouvement est également lié au développement d'un corpus d'ouvrages philosophiques, sociologiques et médicaux critiques du modèle paternaliste de la biomédecine (Bureau-Point & Hermann-Mesfen, 2014)⁵³. En outre, les problématiques de sexisme médical et de violences systémiques (par exemple la grossophobie, le racisme, la transphobie, etc.) au sein des institutions de santé sont de plus en plus mises en lumière, par les milieux académiques féministes⁵⁴ qui critiquent, depuis les années 1970, le processus de sur-médicalisation du corps des

⁵³Bureau-Point et Hermann-Mesfen (2014) citent Canghilem (1966), Goffman (1961), Freidson (1970) et Illich (1975).

⁵⁴Par exemple, les travaux de Barbara Ehrenreich et Deidre English (1972) (Busfield, 2017, p.763).

femmes et de la santé reproductive. (Busfield, 2017) mais aussi, comme nous l'avons vu précédemment, par les patient.e.s eux/elles-mêmes via une diffusion massive de témoignages sur les réseaux sociaux.

La médecine ne réussissant pas à trouver une raison « scientifique » aux degrés d'intensité variables du SPM (Piccand, 2012), certaines de mes interlocutrices le considère comme des « SMI » (symptômes médicalement inexplicables). Selon elles, la biomédecine, au-delà de pathologiser le corps féminin à travers cette catégorisation, se désintéresse simplement de leur cas (Sarradon-Eck et al., 2020). Ces femmes, souffrant de douleurs physiques ou psychiques handicapantes et considérant que leur SPM est un trouble, regrettent que la médecine leur refuse la légitimité « du statut de malade » (Sarradon-Eck et al., 2020, p. 12). Aussi, elles cherchent alors cette légitimité sur des groupes de pair.e.s ayant le même vécu « se dépendant ainsi des discours médicaux [...] qui les objectivaient depuis des décennies » (Lascoumes, 2007, p. 334 cité dans Bureau-Point & Hermann-Mesfen, 2014).

Au cours de la recherche, mes interlocutrices ont toutes exprimé de façon récurrente une méfiance envers la médecine provenant de leurs vécus respectifs : celle-ci allant d'une crainte légère à l'égard de certains médicaments à une véritable haine envers les professionnel.le.s de santé. Lors de mes entretiens, je ne m'attendais pas et ne cherchais pas spécialement à aborder ces thématiques, toutefois elles sont apparues spontanément⁵⁵. Par conséquent, ce rapport particulier de mes interlocutrices avec le milieu médical est devenu un des éléments fondamentaux de ce travail. À travers les propos qu'elles ont tenus sur leur SPM ou plus largement sur leur parcours thérapeutique, mes interlocutrices

⁵⁵Léa ne s'est jamais sentie suffisamment en confiance avec un médecin pour aborder la question de son SPM, elle m'a confié que la distance entre le patient et le médecin rendait la relation trop compliquée, trop « professionnelle » pour qu'elle ose parler de quelque chose de personnel.

font figure d'exemple de ces « patientes contemporaines ». En effet, elles n'acceptent plus que leur corps soient des objets d'étude médicalisés (Martin, 2001) ou d'être les « cobayes » d'une médecine patriarcale qui ne se soucierait pas réellement des problématiques liées à la « santé des femmes ». Elles ont acquis une agentivité dans la prise en charge de leur santé.

Par ailleurs, j'ai pu observer que les infirmières interrogées ont exprimé le plus grand scepticisme à l'égard de la biomédecine et ont opté par des formes de médecines alternatives. Dans ce chapitre, j'analyserai les discours sur le rapport à la médecine des femmes interviewées, nous permettant ainsi de comprendre davantage pourquoi la catégorisation des ressentis prémenstruels sous le terme « SPM » est le produit d'un processus d'auto-diagnostic. Pour comprendre cet éloignement avec la médecine, je commencerai par analyser leurs propos sur les hormones et la prise de médicaments. Ensuite, je me concentrerai sur leurs vécus thérapeutiques parfois jalonnés d'errances diagnostiques et de violences médicales. Finalement, je soulignerai la manière dont les discours académiques critiquant les biais sexistes de l'épistémologie scientifique se retrouvent dans les propos et les perceptions de certaines de mes interlocutrices (Jaunait et al., 2014 ; Martin, 2001).

6.1 Prépondérance des médicaments

6.1.1 Le SPM : entre traitements hormonaux et antalgiques

La plupart des interlocutrices sont averties des risques de la prise de pilules contraceptives suite aux controverses sur les pilules de troisième et quatrième générations, soupçonnées d'être la cause de thromboses veineuses. En 2012, la mise en lumière dans l'espace public des risques de cette contraception a entraîné une « crise de la pilule ». Selon Bajos et al. (2014), ces débats ont alors « terni

l'image sociale et symbolique de la pilule⁵⁶ » (p.12), favorisant la diversification des méthodes contraceptives ainsi qu'une remise en question de la norme contraceptive, dans laquelle la pilule contraceptive joue un rôle prépondérant (Fonquerne, 2021, p. 664). Certaines des femmes interviewées m'ont alors rapporté leurs inquiétudes face aux risques, aux contre-indications et à la surprescription de la pilule par les médecins. De plus, beaucoup m'ont dit regretter de n'avoir pas été informées correctement par les professionnel.le.s de santé sur les risques possibles que la prise de cette médication comportait. Dans son article « « One Blood Clot is One Too Many » Affected Vocal Users' Negative Perspective on Controversial Oral Contraceptives », Alina Geampana (2019) fait le même constat; les femmes interrogées sont plus méfiantes envers les professionnel.le.s de santé et affirment ne plus leur faire confiance aveuglément. De ce fait, elles ont commencé à davantage s'informer sur leurs traitements et leurs potentiels effets secondaires (p. 9). De plus, la pilule contraceptive est bien souvent le premier remède proposé par les gynécologues quand les patient.e.s signalent mal vivre leur période prémenstruelle. En conséquence, les femmes seront souvent mises automatiquement sous pilule par leur médecin pour masquer les signes du fonctionnement de leur corps, neutraliser et aplatir le cycle (Martin, 2001) à l'image de la gynécologue de Caren qui la lui avait « vendue comme si ça allait l'aider sur tous les points ».

⁵⁶« Le 14 décembre 2012, à la suite d'une plainte déposée contre un laboratoire pharmaceutique par une jeune femme ayant subi un accident vasculaire cérébral qui l'avait laissée lourdement handicapée alors qu'elle utilisait une pilule de 3e génération, un grand quotidien titrait « Alerte sur la pilule ». Un débat médiatique intense s'en est suivi pendant plusieurs semaines à propos du risque de thrombose veineuse profonde associé aux pilules œstro-progestatives » (Bajos et al., 2014, p. 2).

Cette méfiance de degrés variables vis-à-vis de la pilule ressort dans les propos de presque toutes mes interlocutrices⁵⁷. Léa a expliqué avoir été mise en garde par sa mère sur toutes formes de traitements hormonaux, à la suite d'un cancer du sein. Anna ne veut pas prendre d'hormones, celles-ci risquant de perturber « l'équilibre de son corps ». Après avoir pris la pilule pendant dix ans, Déborah s'est rendu compte de la baisse de moral dont elle était responsable. Influencée par les mouvements sur les réseaux sociaux, elle en a arrêté la prise contre l'avis de sa gynécologue. Bien qu'elle soit médecin, elle demeure sceptique par rapport aux médicaments. D'après elle, ils altèrent la perception du fonctionnement « naturel » du corps et empêchent ainsi d'apprendre à reconnaître les signes de bonne ou de mauvaise santé. Miriam, quant à elle, m'a partagé sa déception face au manque de renseignements délivrés par les professionnel.le.s de santé à ce sujet.

« On voulait me la prescrire très tôt, sans même m'avoir auscultée et sans même avoir fait vraiment de bilan. Mais du coup, j'ai de la chance d'avoir une mère qui est assez sceptique avec les médicaments, malgré son métier, mais du coup, ouais, à cause de son métier [Infirmière]. Et qui n'en prend pas beaucoup, voir pas, et qui n'était pas d'accord que j'aie la pilule très tôt, [...] mais j'ai arrêté de la prendre parce que j'avais quand même très peur de tout ce qu'on dit, que ce soit fondé ou pas. Mais j'avais honnêtement pas trop le temps et ni l'envie de me documenter là-dessus, ce qui est un peu bête. Mais bref, c'est un peu compliqué d'avoir des bonnes infos et de pouvoir avoir une relation de confiance avec un seul médecin. Donc j'ai décidé d'arrêter la pilule quand je me suis dit qu'en fait, peut-être ce n'était pas top que je la prenne pendant des années. J'ai demandé au moment où elle [sa

⁵⁷Afin d'illustrer davantage : Valentine et Nouria ont raconté avoir mal supporté leur première pilule et être réticentes vis-à-vis des hormones car « ce n'est pas naturel dans le corps ». De plus, Valentine regrette la prise de poids entraînée par la pilule et dont son médecin ne l'avait pas avertie.

gynécologue] m'a prescrit la pilule, « en fait, j'ai entendu que ça se faisait de plus en plus de mettre des stérilets, est-ce que ça serait possible? » Et j'ai eu une réaction que j'ai littéralement compris comme un contrat pharmacologique : « Heu bon écoutez si vous voulez tout remettre en question, moi je travaille avec cette marque, c'est ça et ça fonctionne très bien. Si après vous voulez vous faire vous-même votre dossier, voilà » Quand j'ai voulu m'informer, quand j'ai juste demandé, en tant que patiente, âgée de 18 ans, qui n'y connaît rien. Et c'était triste, car, jusqu'à présent, cette gynécologue était pour moi la plus compétente ».

Dominique remarque qu'aujourd'hui, il est plus facile pour les femmes de refuser la prise de pilule sans projet de grossesse. Du reste, elle avait l'impression qu'auparavant les gynécologues avaient essayé de la forcer à continuer à la prendre alors qu'elle souhaitait l'arrêter⁵⁸. En effet, il persiste un déséquilibre de pouvoir entre les médecins et les patient.e.s lors des consultations gynécologiques (Geampana, 2019, p. 2). À travers des mécanismes culturels d'injonction à la contraception hormonale, la grossesse apparaît comme dangereuse rendant le corps des femmes intrinsèquement « à risque ». Le potentiel refus de la pilule est alors immédiatement classifié comme « comportement à risque » chez les femmes non ménopausées et actives sexuellement. Deux de mes interlocutrices ont subi de graves conséquences suite à la prescription hâtive (non documentée et sans bilan préalable) d'un traitement hormonal. Alexa a commencé à prendre la pilule à la fin de l'adolescence pour canaliser ses sauts d'humeur cycliques. Elle a confié qu'au début son seul effet secondaire était un aplanissement total de ses émotions

⁵⁸« Les gynécologues vous forçaient la main un petit peu quand même. J'ai décidé de l'arrêter, même si ma gynéco et d'autres médecins étaient contre, parce que, aujourd'hui, c'est rentré dans les mœurs, mais il y a encore 15 ans, quand vous arrêtiez la pilule, on vous regardait avec des yeux : tu veux tomber enceinte? Bah non mais je veux, voilà, je veux plus mettre de médicaments dans mon corps ».

considéré comme une réaction « normale » (Mavrikakis, 2009, p. 23). En 2018, elle a souffert d'une embolie causée par la prise de pilule, elle se souvient n'avoir pas du tout été informée de ce risque à l'époque⁵⁹. Par la suite, sa pratique en tant qu'infirmière a sonné le glas du peu de confiance lui restant envers la médecine. D'après Magalie son SPM n'est pas le signe d'un corps féminin dysfonctionnel dont les hormones doivent être domptées. Pour elle, il résulte uniquement d'une mauvaise prescription médicamenteuse. Son SPM ayant commencé suite à la prise d'Androcur⁶⁰, un médicament contre l'hirsutisme, prescrit, sans mise en garde préalable, par une endocrinologue. Ce traitement lui a causé une hypothyroïdie. Bien que soignée pour cette affection, elle souffre encore de pertes de poids, de maux de tête, d'évanouissements, de rhumatismes et d'une fatigue handicapante avant ses règles.

Cette méfiance envers différents traitements ne se cantonne pas aux traitements hormonaux, mais également aux antalgiques, seules solutions apportées par la médecine conventionnelle aux dysménorrhées. Cloé et Miriam estiment que cette méfiance leur est transmise de leur mère infirmière qui restreint au maximum sa consommation de médicaments. Aline et Léa ont également indiqué que leurs mères leur avaient transmis une forme de méfiance envers les médicaments et les ont encouragées à plutôt se tourner vers les médecines alternatives. Léa tenait à peu près le même discours. Quant à Magalie, elle a précisé se soigner exclusivement via les médecines naturelles et être réticente à l'idée de prendre des antidouleurs depuis sa mauvaise expérience.

⁵⁹Les femmes interrogées par Geampana (2019) estimaient le bénéfice/risque des contraceptifs hormonaux. Pour elles, une grossesse potentielle ne représentait pas une raison suffisante pour risquer un caillot veineux (p. 8).

⁶⁰Ce médicament est controversé car sur-prescrit aux femmes, sans les informer des risques (pour de l'endométriose, comme moyen contraceptif ainsi que pour l'acné et l'hirsutisme). Il a pourtant été prouvé statistiquement qu'il augmenterait le risque de développer une tumeur cérébrale (méningiome) (Gerson, 2018). Magalie prétend que ce risque était connu depuis longtemps sur les forums de patient.e.s mais camouflé par le domaine médical et l'industrie pharmaceutique.

6.1.2 Le TDPM : de l'antidépresseur au neuroleptique

Mes interlocutrices expriment une méfiance similaire vis-à-vis des antidépresseurs. Bien qu'elle souffre d'épisodes dépressifs et de pensées suicidaires impactant sa vie quotidienne, Nouria décrit son syndrome prémenstruel comme un processus naturel ne nécessitant pas de traitement médicamenteux. Dominique a également décliné la prise d'antidépresseurs conseillée par son médecin et a trouvé d'autres solutions. Ce type de médicament est par ailleurs nettement plus prescrit aux femmes qu'aux hommes⁶¹. Magalie a exprimé un avis réprobateur sur ces médicaments considérant que les médecins et les psychiatres « jouaient » avec les patient.e.s :

« En fait, il faut faire de vraies études dessus et arrêter de penser que ça va se résoudre avec des antidépresseurs et anxiolytiques, qui d'ailleurs ne résolvent absolument rien. Des cache-misères leurs médocs et c'est pas une solution que de nous en donner, même si ça peut soulager des symptômes. Mais ça va pas régler le problème de base même j'aurais plutôt tendance à dire le contraire, que ça dérègle la neurochimie du cerveau maintenant je sais à quel point c'est lié aux hormones. Et dérégler, continuer à dérégler, c'est pas forcément la solution ».

Lorsque Magalie évoque des « cache-misères », son propos correspond aux constats du rapport Briot fustigeant « le fait que les indications thérapeutiques sont symptomatiques et non nosographiques, c'est-à-dire qu'elles visent à réduire la présence de symptômes indépendamment du trouble sous-jacent » (Stratonovitch, 2009, p. 139). Certaines critiques dénoncent une « pharmaceuticalisation »

⁶¹Selon le rapport parlementaire Briot, il existe un phénomène de sur-prescription de psychotrope aux Françaises. Les traitements tels que les hypnotiques, les antidépresseurs ou les neuroleptiques sont, en effet, deux fois plus souvent délivrés aux femmes qu'aux hommes (Stratonovitch, 2009, p. 138).

croissante de la société : processus à travers lequel de plus en plus de comportements et d'états physiques sont considérés, aussi bien par les médecins que par les patient.e.s, comme nécessitant un traitement médicamenteux curatif ou préventif (Abraham, 2010, p. 604 cité dans Busfield, 2017, p. 769) (Busfield, 2017, p. 769).

Avant son diagnostic de TDPM, Celia était traitée pour plusieurs troubles psychiatriques différents y compris la bipolarité. Les médicaments prescrits ne lui convenaient pas du tout :

« Je souffrais beaucoup de ces traitements-là et on me laissait quand même avec des trucs très forts, des doses très fortes qui m'empêchaient de parler et de faire mes études. Enfin, c'était horrible. Je veux dire, là j'en parle avec beaucoup de détachement parce que je suis sous médicaments, que ça va mieux. Mais j'ai vécu l'enfer quoi ».

Durant cette période, elle avait l'impression à la fois de « subir une expérimentation médicale » et « d'être à la merci de la science ». En effet, ses psychiatres refusaient d'interrompre ces prescriptions alors même qu'elle ne s' imagine pas pouvoir vivre correctement sans traitement médicamenteux. La psychiatrie et les thérapies médicamenteuses qu'elle impose à ses patient.e.s fonctionneraient alors comme des dispositifs de maintenance à vie lorsque « l'autogouvernement des conduites se révèle défaillant » (Gori, 2006, p. 40)⁶².

⁶²Notons le cas de Tami, qui au contraire, n'avait aucun problème avec la prise de médicaments. Elle m'a confié prendre la pilule et consommer beaucoup d'antidouleurs pour ses dysménorrhées. Aussi, lorsqu'elle retourne aux Etats - Unis, elle en achète des « plus forts », disponibles seulement sous ordonnance en Europe afin d'en avoir des stocks. Elle m'a aussi raconté avoir eu, à une époque, une certaine méfiance des antidépresseurs. Après avoir dû en prendre durant quelques semaines, elle s'est réjouie du soulagement qu'ils lui ont procuré. Cependant, ce témoignage est unique parmi mes interlocutrices et ne reflète pas la majorité des propos récoltés.

6.2 Parcours thérapeutiques traumatiques

6.2.1 Le SPM : entre errance diagnostique et psychiatrisation

À l'image de Célia, d'autres interlocutrices ont traversé de longues périodes d'errances diagnostiques dues à un manque de considération médicale de leurs souffrances. Faute de diagnostic formel, elles ont alors été poussées à se renseigner par elles-mêmes via d'autres sources informationnelles. Selon Cécile Stratonovitch (2009), il existe une plus grande prévalence chez les femmes de maladies considérées comme psychosomatiques ou associées à un trouble psychologique. Il en résulte que ces troubles sont statistiquement sous-diagnostiqués, sous-estimés et normalisés par la médecine, entraînant des traitements trop tardifs (p.140-141). Ainsi, Nouria a tenté en vain de parler à son gynécologue de ses phases de grandes dépressions avant les règles :

« Tu en parles mais lui c'est bon pour lui, c'est rien en gros, c'est bon, t'es en bonne santé quoi. Mais moi je pense que les médecins, ils ne se rendent pas compte parce que c'est un symptôme qui n'est pas grave pour eux, donc du coup ils en tiennent pas compte. En plus, c'est un symptôme qui est passager ».

Déborah relate ne pas avoir été prise au sérieux par ses gynécologues lorsqu'elle s'inquiétait d'une absence de règles. Un diagnostic de syndrome des ovaires polykystiques a été établi au bout d'un an d'errance diagnostique :

« J'ai enchaîné plein de gynécos horribles, que des gens détestables, qui mettent pas en confiance. Quand j'allais là-bas, elle me disait rien me disait, juste votre test de grossesse il est négatif donc ça veut dire que vous êtes pas enceinte ».

Avant d'être diagnostiquée d'une maladie inflammatoire chronique des articulations, Miriam n'a longtemps pas été crue par son médecin de famille. Aussi, a-t-elle vécu un parcours thérapeutique qu'elle décrit comme « irrégulier et chaotique ». Cette maladie lui a déclenché des problèmes gynécologiques dont un SPM très douloureux. Elle a tenté d'en parler à différent.e.s professionnel.le.s de santé qui ont banalisé sa souffrance et ne l'ont pas rassurée. Ce manque de considération et le manque d'informations de la part des médecins l'ont poussé à se renseigner par elle-même et à devenir une patiente experte dont les savoirs expérientiels participent aux connaissances scientifiques sur cette pathologie (Bureau-Point & Hermann-Mesfen, 2014)⁶³ :

« Malheureusement, je bénéficie d'une connaissance qui est tellement précaire, même dans le milieu médical, qu'en fait, le manque de confiance dans le milieu médical, c'est un chemin forcé, puisque, enfin le milieu médical n'a rien à me dire sur mon cas et que c'est moi qui suis en mesure de communiquer des choses que les médecins ne savent même pas ».

⁶³ « Je me renseigne. Si tu veux, je suis passé par des périodes de rejet assez absolu dans le sens où je faisais confiance à plus personne. Et les médecins étaient pour moi des débiles. Jusqu' au moment où je me suis rendu compte qu'en fait, même si j'avais très peur de cette désinformation et de cette espèce de chute libre parce que je me suis dit, si un jour ma maladie elle a besoin d'être soignée par une thérapie plus contraignante ou j'sais pas que j'ai besoin d'une hospitalisation ou qu'il y a un truc qui va mal bah je savais dans ma personnalité, je sais que si j'ai pas confiance en un truc, ça vaut même pas le coup que j'y mette les pieds »

Laeticia relate la même difficulté à se faire prendre au sérieux par sa gynécologue. Quand elle a mentionné la forte intensité de son SPM à sa gynécologue, celle-ci a mis en doute la véracité de ses propos. Son syndrome prémenstruel ne correspondant pas à la normativité-menstruelle de la médecine (Persdotter, 2020), son médecin l'a attribuée à une cause psychique : le stress (May et al., 1996 cités dans Sarradon-Eck et al., 2020, p. 9). Afin de réguler ses cycles, la gynécologue a prescrit à Laeticia une pilule micro-dosée qui empirait ses douleurs. Face à l'incompréhension de sa gynécologue, elle a, quand même, testé cette pilule afin de lui « prouver » son inefficacité et la réalité de ses douleurs⁶⁴. Étant donné que le SPM est mal reconnu par la médecine, Magali ressent une illégitimité à se considérer malade et à avoir droit à des certificats médicaux. Pourtant, ses symptômes sont handicapants au point de l'avoir obligée d'interrompre ses études⁶⁵. Elle considère alors, qu'en plus d'avoir provoqué son SPM, la médecine ne reconnaît pas son trouble et l'empêche de se sentir légitime en tant que « malade chronique ». En effet, certains médecins mettent en doute les auto-diagnostics de SPM chez leurs patientes car les symptômes, subjectifs, sont impossibles à mesurer par des examens cliniques. De plus, les problèmes de santé touchant plus fréquemment les femmes ont tendance à être plus facilement ignorés ou présumés psychosomatiques. Ces biais diagnostiques touchent principalement

⁶⁴ « J'ai pris un rendez-vous urgent et j'arrive j'étais trop mal et là elle m'a vue j'étais livide, vraiment j'étais horrible tellement j'étais pas bien et elle a fait « Ah oui ok peut-être que du coup c'est autre chose que le stress » j'étais là « oui bah sans blague, tu m'as juste pas écoutée quand je t'ai dit » Et là elle s'est un peu rendu compte . . . limite je me suis fait un peu forcer à faire son truc pour lui prouver que j'étais pas bien » (Laeticia)

⁶⁵ « J'ai un peu la sensation d'être un imposteur au niveau de mes problèmes de santé, parce que le SPM c'est pas reconnu [...] les gens connaissent pas beaucoup, ils ont tendance à dire « on a tous mal pendant nos règles ». Mais j'ai pas la sensation que ce soit vraiment une maladie et que j'ai un vrai diagnostic et que ça soit vraiment reconnu et que ça soit pris au sérieux, donc je me sens pas légitime en fait à dire « oui, j'ai vraiment un problème de santé qui m'handicape. Et il est justifié ». Et même quand je demandais des justificatifs à certains médecins, quand j'avais des problèmes de santé, je sentais l'obligation de mentir et d'inventer une gastro. C'est aussi lié à mon traumatisme, de ma prise en charge pendant mes problèmes hormonaux. Je sais que certains médecins ne prennent pas ça au sérieux et vont penser qu'on fait ça pour pas aller en cours ».

les troubles dont les symptômes affectent aussi l'humeur tels que la fibromyalgie, la fatigue chronique, les maladies intestinales chroniques ou, dans ce cas, le syndrome prémenstruel (King, 2020, p. 291).

En outre, Magalie a fait part de sa longue période d'errance diagnostique pour ses problèmes d'hypothyroïdie. En effet, ce trouble lui ayant fait perdre beaucoup de poids, les médecins cherchaient plutôt à lui diagnostiquer une anorexie mentale au lieu d'examiner d'autres causes⁶⁶. Effectivement, le spectre de l'hystérie et des déséquilibres psychiques inhérents au système reproducteur féminin planent encore dans les diagnostics médicaux à travers les processus de psycho-pathologisation des femmes (Mavrikakis, 2009)⁶⁷. Ainsi, la sur-prescription de psychotropes aux femmes est due à l'étiquetage des femmes en « groupes à risque » qui engendre des phénomènes de sur-diagnostics de certains troubles sans observations cliniques formelles (King, 2020, p. 291). De même, Célia a vécu une errance diagnostique l'amenant à douter de la validité de ses ressentis. Elle se considérait alors comme une « hypocondriaque » dont la plupart des symptômes physiques étaient issus de la somatisation. Le stéréotype de la femme hypocondriaque, qui imagine ou ment sur ses symptômes, est d'ailleurs intimement liée au « mythe de la femme irrationnelle » apparaissant comme l'une des caractéristiques de l'hystérie au XIX^e siècle (Veith 1965, 144–45 cité dans King, 2020, p. 291).

⁶⁶« J'ai même un médecin qui est parti du principe que je n'étais pas réglée, parce que je vais faire des prises de sang hormonales, du coup c'est généralement pendant les règles et elle m'a dit « Ah mais parce que vous êtes réglée ? ». Bah oui, je suis venue pour les problèmes hormonaux, pas pour une anorexie. Elle m'a donné une fiche à remplir avec tous mes repas que je devais noter sur la semaine et elle m'a dit « vous me remplissez ça sans tricher », alors que je ne venais pas du tout pour ça. Donc voilà, j'ai tous les médecins qui m'ont dit bah vous êtes anorexique, le problème, il est là ».

⁶⁷Dominique a dû faire face aux mêmes discours lorsqu'elle a consulté pour son TDPM. D'une part, on a banalisé sa souffrance et on lui a fait la remarque selon laquelle « c'est dans sa tête ». D'autre part, on lui a proposé comme seules solutions la pilule ou le stérilet.

6.2.2 Une crainte des violences médicales

La négation de leurs souffrances physiques et morales, le sexisme, l'infantilisation, la demande de justification, le paternalisme médical et la rétention d'informations, sont autant d'expériences de consultation médicale vécues par les femmes interrogées. Aussi, tous ces phénomènes apparaissent comme des formes de violences médicales (Fonquerne, 2021, p. 664). Toutefois, seulement deux de mes interlocutrices les ont catégorisés comme telles. Charlotte s'est intéressée aux pages Instagram sur lesquelles elle a découvert le terme « SPM » car elle cherchait des témoignages sur les violences gynécologiques pour corroborer son vécu. Lors de consultations médicales, elle aurait été, à de nombreuses reprises, victime de discrimination à cause de son poids.

Quant à Magalie, elle décrit un parcours thérapeutique saturé de violences médicales. Elle considère aujourd'hui souffrir d'un syndrome de stress post-traumatique auto-diagnostiqué, suite à son année d'errance médicale, de souffrance et les traitements qu'elle a subis lors de son hospitalisation dans un service d'endocrinologie. Actuellement, elle refuse de voir un gynécologue ou un endocrinologue car ces spécialisations médicales regrouperaient le plus de maltraitances et de personnes incompetentes. Ces violences relèvent de discriminations systémiques entraînant des situations dans lesquelles les patient.e.s ne se sentent pas écouté.e.s et n'ont pas de contrôle sur leur propre prise en charge (Jolivet et Vásquez, 2011, cité dans Bureau-Point & Hermann-Mesfen, 2014). Ainsi, les violences médicales et gynécologiques s'intégrant à des dispositifs médicaux institutionnels, correspondent effectivement à des situations de violences systémiques (Fonquerne, 2021, p. 664).

6.2.3 Une sensibilité au sexisme médical

Dans la citation de Martin (2001) dans l'introduction de cette partie, l'anthropologue américaine se réjouissait de la prise de conscience de certains biais épistémologiques sexistes par des étudiantes en médecine. À la lumière de mon analyse, il apparaît que ces discours de déconstruction sont aujourd'hui accessibles à tous, grâce à Internet et notamment via les réseaux sociaux. Aussi, mes interlocutrices ont démontré une connaissance, parfois approfondie, des problématiques globales liées au sexisme dans la recherche médicale. Thérèse s'intéresse aux contenus qui déconstruisent les savoirs et terminologies médicales. À la fin de son entretien, Déborah a tenu préciser que durant ses cours de médecine, elle avait été renseignée sur les biais sexistes qui peuvent interférer dans la prise en charge des femmes (Jaunait et al., 2014, p. 5).

Le parcours thérapeutique chaotique de Magalie l'a encouragé à se renseigner davantage sur les biais genrés présents dans les procédures de tests médicamenteux⁶⁸ ainsi que sur l'état de la recherche scientifique sur le SPM et à en conclure : « Mais en fait, encore aujourd'hui, on sait pas à quoi il est dû le syndrome prémenstruel. Il y a personne qui s'y intéresse. La vérité c'est que les problèmes des femmes, on s'en occupe pas ». Déborah a confirmé l'absence de cette thématique dans les études de médecine. Finalement, Charlotte a accusé le système médical d'être instigateur de sa « mauvaise santé » et de son mal-être psychique du fait de la prépondérance de ses normes, de ses injonctions et de ses

⁶⁸« Moi, les médicaments que j'ai pris en fait, ils ont été majoritairement testés sur les hommes, comme absolument tous les médicaments parce que c'est chiant de tester les médicaments sur des femmes qui ont un cycle hormonal. A partir du moment où on nous sort des études de médecine à cause de notre cycle hormonal on est loin du moment où on va commencer à l'étudier ».

représentations chiffrées de la vie humaine. Elle critique le manque de prise en considération d'éléments plus subjectifs que des normes préétablies pour formuler un constat de l'état de santé :

« Si on fait l'équation psychologique et physique, je suis pas en bonne santé mais parce qu'en fait, c'est pas la santé. Le milieu de la santé est en soi responsable de ça. On te fait comprendre que t'es pas en bonne santé alors que c'est faux. C'est pour ça que c'est [le SPM] très peu pris en compte dans le milieu médical. C'est qu'en fait, ils aiment quantifier par exemple, ils vont pas prendre globalement comment tu te sens, ils vont prendre ton poids, ils vont faire une règle de trois, ils vont être là c'est pas bien ».

Suite à l'acquisition de connaissances à la fois expérientielles et conceptuelles, via leurs études ou les réseaux sociaux, sur les structures inégalitaires en médecine et les conséquences que celles-ci entraînent dans les prises en charge en matière de santé, mes interlocutrices préfèrent alors se tourner vers un « auto-diagnostic » de leurs conditions de santé. Tout au long de ce travail, il a été décelable que mes interlocutrices se montrent critiques à l'égard de plusieurs dispositifs enracinés dans des structures patriarcales, elles ont, dès lors, manifesté de leur sensibilité ou de leur implication dans divers combats féministes

7. Le SPM : nouveaux acteurs, nouvelles controverses

L'histoire de la création médicale du syndrome prémenstruel et du trouble dysphorique prémenstruel reflète les processus successifs de pathologisation du corps des femmes de l'Antiquité jusqu'à « l'ère de la médicalisation » contemporaine (Delanoë, 2007). Ces représentations millénaires influencent encore aujourd'hui la terminologie et la pratique médicale. Cette recherche a retracé la manière dont ces représentations sont intégrées dans les propos de vingt-quatre femmes modelant leurs conceptions des ressentis prémenstruels. L'auto-diagnostic du syndrome prémenstruel comprend plusieurs enjeux genrés : d'une part la pathologisation du corps et de la psyché féminine et d'autre part la responsabilisation inégalitaire à la santé et au soin. J'ai pu mettre en lumière la façon dont les explications hormonales d'un supposé déséquilibre féminin participent à une bicatégorisation hiérarchique des identités sexuées. Dès lors, les femmes interrogées se représentent leur corps en proie à des fluctuations hormonales leur causant des émotions qu'elles ne parviennent ni à expliquer ni à assumer.

La création de spécialisations de la médecine dédiées à la santé des femmes autant que l'abondance de littérature scientifique sur le sujet participent à l'objectivation d'un corps féminin nécessitant une surveillance accrue. Du point de vue épistémologique, il est possible de se demander si mon travail, en ajoutant quelques éléments à l'immense corpus de littérature scientifique sur les « pathologies féminines », ne contribuerait pas éventuellement à la pathologisation et la médicalisation du corps féminin. Aussi, est-il nécessaire de noter que les cadres de représentations et les dispositifs de préventions analysés dans ce travail

ont probablement guidé le choix d'une thématique sur « la santé des femmes ». En outre, l'état de la recherche en sociologie et en anthropologie de la santé n'échappe pas « à cette focalisation sur les femmes » (Vinel, 2007, p.12).

Ainsi, deux facettes de cette thématique peuvent être décelées ; d'une part la possibilité de rapporter le vécu de personnes dont la souffrance n'est pas suffisamment reconnue par la médecine, d'autre part le risque de pathologiser davantage le cycle menstruel ou de stigmatiser un sexe (King, 2020, p. 297). Afin de parer à ces conséquences, King (2020) avance quatre propositions. D'abord, elle suggère de renommer le « syndrome prémenstruel » en « symptômes péri-menstruels » afin d'éviter le terme pathologisant de « syndrome » et d'insister sur des ressentis n'apparaissant pas uniquement juste avant les menstruations, inventoriant ainsi les dysménorrhées dans les outils diagnostics. Ensuite, elle pense qu'une liste formelle de symptômes devrait être dressée dans le but de soutenir la différenciation entre des changements menstruels « normaux » et des « symptômes cycliques » (p. 297). Des jugements de valeur subjectifs sur les attitudes « normales de la féminité » ne seraient pas pris en compte dans ce descriptif. Finalement, elle propose d'intégrer au diagnostic et au traitement des notes sur les facteurs environnementaux et les expériences de vie individuelles. (p. 297).

Les propos de quatre interlocutrices ont introduit la question de la psychopathologisation des femmes d'où l'exploration de la catégorisation psychiatrique du SPM dénommées TDPM. En effet, la psychiatrie. et sa démocratisation sous l'appellation de santé mentale, crée les normes de la vie humaine et délimite la frontière entre normalité et déviance (Gori, 2006, p. 32). Les conceptions autour du TDPM psychiatisent tout comportement en dehors des normes et comportements attendus de la « féminité ». Aussi, cette catégorie dessine les contours de ce qu'est censé être une santé mentale « saine » et « normale » érigeant la stabilité émotionnelle et le bonheur constant comme un idéal de vie

auquel chacun devrait aspirer. Tout individu ne correspondant pas à cette norme de stabilité serait alors considéré comme malade et devrait chercher à soigner cet état (Borysenko, & Bensen, 1985 ; Epstein, 1996 ; Kornfield, 1993 ; Kutz, 1985 cité.e.s dans Ussher, 2003, p. 142).

Le parcours difficile de Célia, récemment diagnostiquée d'un TDPM, nous témoigne des grandes souffrances, de l'incapacité à évoluer dans le monde et du danger pour soi-même, qu'impliquent certains troubles psychiatriques. Sur la base des réflexions menées dans ce travail, nous pourrions nous questionner sur la place des réseaux sociaux en tant que dispositifs de normalisation et d'autogouvernement des conduites (Gori, 2006, p. 33). En effet, les discours sur la santé mentale, comme ceux sur les menstruations, se seraient démocratisés au travers des réseaux sociaux. Dès lors, nous ne connaissons pas encore les conséquences de ces nouvelles formes de biopouvoir. À l'avenir, ce trouble pourrait soit demeurer une maladie genrée liée essentiellement au cycle menstruel, soit être compris au sein des différents phénomènes sociaux, médicaux, environnementaux et traumatiques qui le constituent. À l'image de l'hystérie, que Foucault (1976) analyse comme une forme de résistance physique aux pouvoirs psychiatriques. Une certaine forme d'historiographie militante a alors eu tendance à se focaliser sur les processus de victimisation des femmes par la médecine et la psychiatrie sans prendre en compte les différentes formes de réponses, d'influences et de luttes contre la puissance médicale (Fauvel, 2013).

Les définitions émiques des catégories du SPM et du TDPM, basées sur le degré d'intensité des symptômes et l'adaptation du corps à l'environnement, ressemblaient alors à l'opposition entre normal et pathologique proposée par Canguilhem (1966). De plus, le rôle des hormones et du contexte social comme facteurs principaux de ces troubles, interroge sur la naturalité et la construction sociale des pathologies, de la féminité et des sexes. Ainsi, plutôt qu'uniquement

s'auto-pathologiser, certaines interlocutrices normalisent et apprécient leurs ressentis parvenant à les légitimer au sein d'un système global inadapté au cycle menstruel et vecteur de micro-agressions quotidiennes. Parmi les personnes interrogées, ce sont les infirmières et les victimes de violences médicales qui ont davantage élaboré sur ces phénomènes.

Aussi, selon Knaapen et Weisz (2008) « le syndrome prémenstruel et le trouble dysphorique prémenstruel restent des catégories médicales controversées. Depuis leur émergence, elles ont été critiquées au sein de divers réseaux institutionnels et arènes de discours publics ». Dans les recherches sur ce sujet, trois arènes sont principalement citées : « une arène professionnelle dans laquelle différentes instances médicales entrent en confrontation ; une arène élargie dans laquelle les mouvements féministes se confrontent aux experts médicaux et une arène scientifique dans laquelle des découvertes et des controverses prennent place » (p.120). Dans ce travail, j'ai montré l'existence d'une arène supplémentaire où se font face de nouveaux discours et controverses sur le SPM : les réseaux sociaux.

Notre recherche se réfère à des auteurs dont les analyses, issues des théories foucaaldiennes, portent sur l'impact des catégories médicales et de leur création sur les systèmes de représentation des individus (Martin, 2001 ; Rose, 2007 ; Ussher, 2003 ; Ussher & Perz, 2013b, 2020a). Au cours des dix dernières années, les réseaux sociaux ont joué un rôle dans la percolation de ces catégories médicales dans le langage courant. Cette propagation des termes médicaux engendre la création de nouvelles significations et définitions des symptômes du SPM. Par ailleurs, les réseaux sociaux, à travers des processus d'éducation à la santé et de partages d'expériences entre pair.e.s, ont favorisé une prise de distance de mes interlocutrices avec les sources d'informations classiques sur les menstruations. Ils comportent également deux versants, d'une part, ils incitent à une plus grande vigilance aux manifestations corporelles, d'autre part, ils sensibilisent les

internautes aux discours féministes critiques de la médicalisation de la vie reproductive. La mise en lumière des pratiques médicales sexistes relatées par mes interlocutrices ne cherchent en rien à discréditer l'ensemble de la profession médicale et ses apports, La médecine figure effectivement parmi l'une des ressources fondamentales en matière de santé et ce travail n'en nie en rien son importance sociétale. Cependant, il en souligne les limites, notamment, lorsqu'il aborde de médicalisation du corps des femmes ou de certaines problématiques structurelles (Vuille et al., 2006, p. 13). Cependant, les violences vécues ainsi qu'une prise de conscience des risques de certains traitements médicamenteux ont effectivement suscité une méfiance et une résistance à la biomédecine, incitant à l'auto-diagnostic et à l'auto-médication.

Dans cette optique, ces analyses ont démontré qu'une auto-surveillance et une amélioration de la littératie en santé, ne résultent pas uniquement de mécanismes d'auto-pathologisation mais d'un rejet de la médecine conventionnelle et d'un besoin d'avoir la charge de sa propre santé. Dans cette analyse, nous avons pu mettre en évidence que les discours en ligne d'« empowerment » et de lutte contre des systèmes oppressifs deviennent désormais des cadres de représentations hégémoniques à travers lesquels mes interlocutrices se subjectivent. Cependant, mes interlocutrices qui avaient un intérêt préalable pour ce type de contenu, étaient, pour la plupart, titulaires un diplôme d'Études supérieures, souvent dans la santé, ou, du moins, possédaient un statut socio-économique moyen à élevé. Beaucoup d'entre elles possèdent, par conséquent, les ressources sociales, culturelles et économiques pour se retrouver dans le langage de la biomédecine, d'en connaître les limites et de savoir quand l'employer. De plus, cette appartenance sociale et la maîtrise du langage institutionnelles leur permet de limiter au maximum la hiérarchie avec les professionnel.le.s de santé. Malgré tous ces éléments, leurs expériences ont été ponctuées de violences systémiques. Si le profil de certaines de mes interlocutrices avait été différent, notamment, si elles

n'avaient pas déjà été mises en garde de l'existence des dominations structurelles qui régissent les relations entre médecins et patient.e.s, leur procurant de cette manière une forme d'agentivité, les discours rapportant des violences médicales auraient probablement été formulés différemment et peut-être pas ouvertement désignés comme telles. Il serait alors pertinent de s'intéresser à l'utilisation du terme SPM et le vécu de la période prémenstruelle, ainsi qu'aux modes de consommation des réseaux sociaux par des personnes menstruées provenant d'autres milieux socio-économiques comme l'a notamment entrepris Martin (2001) dans sa recherche pour analyser si la propagation des représentations féministes des menstruations a réellement percolé à l'ensemble de la population et peuvent être qualifiées d'hégémonie. Il apparaît alors comme probable que mes conclusions auraient différé avec une population moins homogène. À travers, la mise en lumière et le démantèlement de ces pouvoirs normatifs, ces mouvements créent malgré eux de nouvelles normes menstruelles et de nouveaux « monstres menstruels », la « normativité menstruelle » apparaissant alors comme inévitables (Persdotter, 2020, p. 364 et 366)⁶⁹.

En bref, l'originalité de cette analyse repose sur l'articulation entre les discours historiques de pathologisation du corps féminin, le militantisme en ligne et les différentes formes de résistance à l'égard de la médecine. De cette étude empirique, ces trois éléments récurrents ont émergé, cependant il manque certainement des acteurs ou arènes de discours à mon analyse, par exemple, les divers points de vue des gynécologues, psychiatres, représentants de l'industrie pharmaceutique, etc. ou une analyse de contenu détaillée des réseaux sociaux. Afin

⁶⁹« Par exemple, il valait mieux parler des menstruations que de ne pas souhaiter en parler ; aimer ses règles était une position plus féministe que de les détester ; les cups menstruelles étaient plus « cool » que les serviettes hygiéniques ; et ne pas utiliser de contraception hormonale était plus sain que de « gober des pilules ». Ce mouvement a ainsi créé une multitude de « monstres menstruels » ; celles que leurs règles dégoutaient, celles qui souffraient de dépression due à leur cycle, celles qui supprimaient la venue de leurs règles, etc. » (Persdotter, 2020, p.364).

de saisir d'autres cadres de représentations, il semblerait également pertinent de se pencher sur d'autres profils d'interlocuteur.trice.s, j'ai évoqué plus haut les variations de niveaux socio-économiques. De la même manière, nous pourrions examiner les cadres de représentations du SPM issus de différentes formes de spiritualités, créant à la fois des stigmates (Cohen, 2020; Gottlieb, 2020) et de nouvelles formes d'émancipation (Fedele, 2014; Gottlieb, 2020).

Les débats autour du congé menstruel ainsi que ses implications, n'ont été que brièvement abordés dans ce travail. Aussi, nous pourrions nous demander s'il participerait à pathologiser et inférioriser les femmes, les freinant dans leurs carrières ou si, au contraire, il leur permettrait de s'adapter plus facilement à des environnements professionnels inadaptés au cycle menstruel. Vu la diversité des symptômes et les durées variables du SPM, il serait difficile d'établir des critères régissant cette nouvelle forme d'organisation sociétale. La mise en place d'un tel système risquerait-elle d'éclipser des problématiques structurelles comme celles rapportées par Anna au cours de son entretien. Dans un prochain travail, il pourrait d'ailleurs être instructif d'analyser davantage le lien entre le travail infirmier et la perte de confiance envers la biomédecine.

Les espaces de revendications LGBTIQ+, notamment en ligne, constituent également de nouvelles arènes de discours sur le syndrome prémenstruel (Arena, 2016). En effet, les interlocutrices étant toutes des femmes cisgenres, l'analyse tend parfois vers une vision binaire et à des formes de réductionnisme biologique du corps « féminin » défini par son système reproducteur. Ainsi, Arena (2016) se questionne sur la manière dont « l'inscription des normes de genre dans le corporel produit des hiérarchies individuelles et des modèles d'exclusion » (p. 65). Les vécus et les revendications des personnes transgenres diffèrent de plusieurs formes de militantismes féministes « vues comme beaucoup trop essentialistes » (Stone 1991 citée dans Arena, 2016, p. 65). Des mouvements utilisent d'ailleurs des

discours sur le syndrome prémenstruel, et l'expérience des menstruations, pour discréditer les luttes trans et les exclure de certains espaces militants en invoquant une « féminité biologique » et un vécu corporel ne reflétant pas la « réalité » du vécu féminin (Rydström, 2020). Pourtant, ces processus de naturalisation les desservent : les femmes cisgenres menstruées étant « monstrueuses » de par leur supposée proximité avec la nature crue, les personnes trans, quant à elles sont traitées de « monstres » en raison de la présumée artificialité de leur identité de genre (Rydström, 2020, p.945).

Bibliographie

- Andreasen, L. U. (2020). Menstruation mediated : Monstrous emergences of menstruation and menstruators on youtube. *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies*, 901–914.
- Arena, F. (2013). La maternité entre santé et pathologie. l'histoire des délires puerpéraux à l'époque moderne et contemporaine. *Histoire, médecine et santé*(3), 101–113.
- Arena, F. (2016). La fièvre de lait et les maladies lactées. des maladies genrées au XVIIIe siècle. *Cahiers du genre*(1), 123–144.
- Arena, F., Chiletto, S., & Coffin, J.-C. (2015). Psychiatrie, genre et sexualités dans la seconde moitié du xxe siècle. *Comment S'en Sortir ?*, 2, 59–75.
- Bajos, N., Rouzaud-Cornabas, M., Panjo, H., Bohet, A., Moreau, C., & Fécond, E. (2014). La crise de la pilule en france : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population Societes*(5), 1–4.
- Berlivet, L. (2004). Une biopolitique de l'éducation pour la santé : La fabrique des campagnes de prévention. *Cas de figure*, 3, 37–75.
- Bertrand, D. (2018). L'essor du féminisme en ligne : symptôme de l'émergence d'une quatrième vague féministe ? *Reseaux*(2), 232–257.
- Bobel, C., & Fahs, B. (2020). The messy politics of menstrual activism. *The Palgrave handbook of critical menstruation studies*, 1001–1018.
- Boeuf, A. (2020). *Vivre son cycle menstruel dans le monde professionnel : expériences multiples et préoccupations communes* (Mémoire de master). University of Geneva.
- Buckley, T., & Gottlieb, A. (1988). *Blood magic : The anthropology of menstruation*. University of California Press Berkeley, CA.

- Bureau-Point, E., & Hermann-Mesfen, J. (2014). Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. introduction au dossier. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*(8). Consulté sur <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1342>
- Busfield, J. (2017). The concept of medicalisation reassessed. *Sociology of Health & Illness*, 39(5), 759–774.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Presses universitaires de France Paris.
- Charlap, C. (2015). La naturalisation de la ménopause. *Revue de sciences sociales*(15), 49–72. Consulté sur 10.14428/emulations.015.006
- Cohen, I. (2020). Menstruation and religion : developing a critical menstrual studies approach. *The palgrave handbook of critical menstruation studies*, 115–129.
- Colucci, M. (2005). Hystériques, internés, hommes infâmes : Michel foucault et la résistance au pouvoir. *Sud/Nord*(1), 123–145.
- Combessie, J.-C. (2007). L'entretien semi-directif. *Repères*, 5, 24–32.
- Delanoë, D. (2007). *Sexe, croyances et ménopause*. Hachette littératures.
- de La Rochebrochard, E., & Leridon, H. (2008). Chapitre 1 : Patient ou acteur d'une reproduction médicalisée ? *De la pilule au bébé-éprouvette : choix individuels ou stratégies médicales ?*(161), 29.
- DeLuca, R. S. (2017). *The hormone myth : How junk science, gender politics, and lies about pms keep women down*. New Harbinger Publications.
- Dorlin, E. (2007). Genre, santé, nation à l'âge classique. In *Féminin, masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales* (pp. 17–47).
- Epperson, C. N., Steiner, M., Hartlage, S. A., Eriksson, E., Schmidt, P. J., Jones, I., & Yonkers, K. A. (2012). Premenstrual dysphoric disorder : evidence for a new category for dsm-5. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 465–475.

- Fauvel, A. (2013). Cerveaux fous et sexes faibles (grande-bretagne, 1860-1900). *Clio. Femmes, Genre, Histoire*(37), 41–64. Consulté sur <http://journals.openedition.org/clio/10972>
- Fedele, A. (2014). Reversing eve's curse : Mary magdalene, mother earth and the creative ritualization of menstruation. *Journal of Ritual Studies*, 23–36.
- Fonquerne, L. (2021). « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo! ». violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception. *Santé publique*, 33(5), 465–475.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité. vol. 1, la volonté de savoir*. Gallimard.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits, 1954-1988, tome III : 1976-1979*. Gallimard.
- Gardey, D. (2006). Les sciences et la construction des identités sexuées. une revue critique. In *Annales. histoire, sciences sociales* (Vol. 61, pp. 647–673).
- Gaybor, J. (2020). Everyday (online) body politics of menstruation. *Feminist Media Studies*, 1–16.
- Geampana, A. (2019). « One blood clot is one too many » : Affected vocal users' negative perspectives on controversial oral contraceptives. *Qualitative Health Research*, 29(10), 1519–1530.
- Gerson, M. (2018). Androcur® : cécité des prescripteurs. *Médecine*, 14(8), 346–348.
- Gori, R. (2006). La construction du trouble comme entreprise de normalisation. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*(4), 31–41. Consulté sur <https://doi.org/10.3917/lett.066.0031>
- Gottlieb, A. (2020). Menstrual taboos : Moving beyond the curse. *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies*, 143–162.
- Hardey, M. (1999). Doctor in the house : the internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise. *Sociology of Health & Illness*, 21(6), 820–835.

- Hodge, S. (2019). *# menstruation : Instagram users challenging social stigma* (Thèse de doctorat non publiée). Université d'Ottawa/University of Ottawa.
- Jaunait, A., Raz, M., & Rodriguez, E. (2014). La biologisation de quoi? *Genre, sexualité & société*(12). Consulté sur <https://doi.org/10.4000/gss.3317>
- Johnston-Robledo, I., & Chrisler, J. C. (2020). The menstrual mark : menstruation as social stigma. *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies*, 181–199.
- King, S. (2020). Premenstrual syndrome (PMS) and the myth of the irrational female. *The Palgrave handbook of critical menstruation studies*, 287–302.
- Knaapen, L., & Weisz, G. (2008). The biomedical standardization of premenstrual syndrome. *Studies in History and Philosophy of Science Part C : Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 39(1), 120–134.
- Kuhlmann, E., & Babitsch, B. (2002). Bodies, health, gender—bridging feminist theories and women's health. In *Women's studies international forum* (Vol. 25, pp. 433–442).
- Le Blanc, J. (2004). *L'archéologie du savoir de Michel Foucault pour penser le corps sexué autrement*. Editions L'Harmattan.
- Lee, S. (2002). Health and sickness : The meaning of menstruation and premenstrual syndrome in women's lives. *Sex roles*, 46(1), 25–35.
- Lévi-Strauss, C. (1958). *Anthropologie structurale* (Vol. 171). Plon Paris.
- Mamo, L., & Fosket, J. R. (2009). Scripting the body : Pharmaceuticals and the (re) making of menstruation. *Signs : Journal of Women in Culture and Society*, 34(4), 925–949.
- Martin, E. (1988). Premenstrual syndrome : Discipline, work, and anger in late industrial societies. *Blood magic : The anthropology of menstruation*, 161–181.

- Martin, E. (2001). *The woman in the body : A cultural analysis of reproduction*. Beacon Press.
- Martínez, R. S. (2017). Stéréotypes : la menstruation, mesdames, vous rendait folles mais irresponsables pénalement ! In *Colloque «critique féministe des savoirs : Corps et santé»*.
- Mavrikakis, C. (2009). Les visages de l'antidépresseur : pathologisation du corps féminin. *Frontières*, 21(2), 21–26.
- McHugh, M. C. (2020). Menstrual shame : Exploring the role of 'menstrual moaning'. *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies*, 409–422.
- Mondragon, N. I., & Txertudi, M. B. (2019). Understanding menstruation : Influence of gender and ideological factors. a study of young people's social representations. *Feminism & Psychology*, 29(3), 357–373.
- Persdotter, J. (2020). Introducing menstrunormativity : Toward a complex understanding of 'menstrual monsterings'. *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies*, 357–373.
- Piccand, L. (2012). Du syndrome prémenstruel au trouble dysphorique prémenstruel. une reconfiguration des représentations sur la vulnérabilité des femmes. *Work in progress en Etudes genre, Communication à l'Université de Lausanne, Le 20 avril 2012*.
- Rapkin, A. J., & Winer, S. A. (2009). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder : quality of life and burden of illness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 9(2), 157–170.
- Reberte, L. M., de Andrade, J. H. C., Hoga, L. A. K., Rudge, T., & Rodolpho, J. R. C. (2014). Men's perceptions and attitudes toward the partner with premenstrual syndrome. *American Journal of Men's Health*, 8(2), 137–147.
Consulté sur <https://doi.org/10.1177/1557988313497050>
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself : Biomedicine, power, and subjectivities in the 21st century*. Princeton, NJ : Princeton University Press.

- Ruault, L. (2015). La force de l'âge du sexe faible. gynécologie médicale et construction d'une vie féminine. *Nouvelles questions féministes*, 34(1), 35–50. Consulté sur <https://doi.org/10.3917/nqf.341.0035>
- Rydström, K. (2020). Degendering menstruation : making trans menstruators matter. *The palgrave handbook of critical menstruation studies*, 945–959.
- Sabourin-Guardo, É., Gamache, D., & Dubois-Comtois, K. (2020). Le trouble dysphorique prémenstruel : trouble mental ou difficulté d'adaptation? In *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 178, pp. 283–289).
- Sarradon-Eck, A., Dias, M., & Pouchain, R. (2020). Ces patients «particuliers». comment les jeunes médecins (dé) médicalisent les symptômes médicalement inexplicables? *Sciences sociales et santé*, 38(1), 5–30.
- Sifer-Rivière, L. (2016). Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes. *Les recherches qualitatives en santé*, 85–100. Consulté sur <https://doi.org/10.3917/arco.kivit.2016.01.0086>
- Stolberg, M. (2000). The monthly malady : a history of premenstrual suffering. *Medical history*, 44(3), 301–322.
- Stratonovitch, C. (2009). Genre et médecine. *Chimères*(1), 135–147. Consulté sur <https://doi.org/10.3917/chime.069.0135>
- Sut, H. K., & Mestogullari, E. (2016). Effect of premenstrual syndrome on work-related quality of life in turkish nurses. *Safety and health at work*, 7(1), 78–82.
- Thomé, C., & Rouzaud-Cornabas, M. (2017). Comment ne pas faire d'enfants?. la contraception, un travail féminin invisibilisé. *Recherches sociologiques et anthropologiques*(48-2), 117–137.
- Ussher, J. M. (2003). The role of premenstrual dysphoric disorder in the subjectification of women. *Journal of Medical Humanities*, 24(1), 131–146.

- Ussher, J. M., & Perz, J. (2013a). PMS as a gendered illness linked to the construction and relational experience of hetero-femininity. *Sex Roles*, 68(1), 132–150.
- Ussher, J. M., & Perz, J. (2013b). PMS as a process of negotiation : Women's experience and management of premenstrual distress. *Psychology & health*, 28(8), 909–927.
- Ussher, J. M., & Perz, J. (2020a). Resisting the mantle of the monstrous feminine : Women's construction and experience of premenstrual embodiment. *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies*, 215–231.
- Ussher, J. M., & Perz, J. (2020b). "I feel fat and ugly and hate myself" : Self-objectification through negative constructions of premenstrual embodiment. *Feminism & Psychology*, 30(2), 185–205.
- Van den Broucke, S. (2017). La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. *La santé en action*, 440, 11–13.
- Vinel, V., Dorlin, E., Demanget, M., Diasio, N., Ténoudji, P., Freiria, M.-I., & Mozère, L. (2007). *Féminin, masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales*. Le Portique.
- Vuille, M., Rey, S., Fussinger, C., & Cresson, G. (2006). La santé est politique. *Nouvelles questions féministes*, 25(2), 4–15.
- Yonkers, K. A., O'Brien, P. S., & Eriksson, E. (2008). Premenstrual syndrome. *The Lancet*, 371(9619), 1200–1210.

Troisième partie

Annexes

A. Grille d'entretien

Les entretiens étant semi-directifs, cette grille représente une liste non exhaustive des informations que je souhaitais récolter ou des thématiques abordées spontanément par certaines de mes interlocutrices

A.1 Informations sur la situation socio-économique

Présentation générale : âge, situation professionnelle, formation et situation familiale (Profession des parents ? État civil ? Nombre d'enfants ?), nationalité, autre

A.2 Les menstruations

- Avant les règles : Qu'est-ce qu'on lui a dit ? Comment ce phénomène lui a été présenté ? Quelles perceptions en avait-elle à l'époque ?
- Vécu des règles : Comment a-t-elle vécu ses premières règles ? Comment les gérait-elle à l'adolescence ? Comment les gère-t-elle aujourd'hui ? Est-ce abordé en famille (parents, frère, sœur) ? Entre ami.e.s ? Ou avec leur conjoint ?
- Rapport aux règles : Est-ce un moment difficile ? Quelles protections utilise-t-elle ? Est-elle dégoûtée par ses règles ? A-t-elle honte ou est-elle mal à l'aise de les avoir ? Est-ce un moment positif ? Se restreint-elle de faire certaines choses lorsqu'elle a ses règles (par exemple du sport, de la natation, avoir des relations sexuelles) ?
- Si elle a eu des enfants : Est-ce que vivre une grossesse a changé son rapport aux règles ? Ou à son corps ? Comment aborde-t-elle le sujet avec son ou ses enfants ?
- A-t-elle quelque chose à rajouter ou une anecdote au sujet des menstruations ?

A.3 Le syndrome prémenstruel

- Considère-t-elle souffrir d'un SPM et comment le définit-elle ?
- Quels symptômes ressent-elle ? Quelle en est leur intensité ? A-t-il un impact dans sa vie ? A quoi pense-t-elle que cela est dû ?
- Ressent-elle des symptômes physiques ? Lesquels ? Quel est l'impact dans son quotidien ?
- Ressent-elle des symptômes psychologiques ? Comment a-t-elle fait le lien avec le cycle ? Quels types de symptômes a-t-elle ? Est-ce des symptômes qui impactent des aspects de sa vie ? professionnelle ? privée ?
- Comment-a-t-elle remarqué ces symptômes ? Comment ont-ils commencé ? Comment a-t-elle fait le lien avec son cycle menstruel ? Utilise-t-elle une application de suivi du cycle ou un autre moyen pour recenser ses ressentis ?
- Connaisait-elle le terme « syndrome prémenstruel » avant cet entretien ? L'utilisait-elle ? Comment a-t-elle découvert ce terme ? Comment a-t-elle mis ce nom sur ces symptômes ? Comment a-t-elle fait le lien entre symptômes psychiques et menstruations ?
- En a-t-elle déjà parlé à un.e médecin ou eu un traitement pour alléger ces symptômes ? A-t-elle déjà été voir un.e psychologue ou un.e psychiatre ? A-t-elle essayé d'autres types de thérapies ? Comment le.a professionnel.le a-t-il.elle appréhendé son vécu ? Quelles explications ou/et solutions lui a-t-on données ?
- En parle-t-elle autour d'elle ? Avec sa famille ? Avec ses ami.e.s ? Avec son.ses partenaire.s ? Comment aborde-t-elle le sujet ? Que leur dit-elle ?

- Sait-elle d'où proviennent ces symptômes ? Comme se les visualise-t-elle ?
Fait-elle quelque chose en particulier pour les atténuer ou les éviter (par exemple : modification du mode de vie, alimentation, traitements par les plantes, sport, etc.) ? A-t-elle remarqué des facteurs qui les accentuaient (stress, émotions fortes, voyages) ?
- A-t-elle quelque chose à rajouter ou une anecdote au sujet du SPM ou du TDPM ?

A.4 Le rapport à la santé et au corps

- Fait-elle attention à sa santé ? A-t-elle un intérêt pour les questions de santé ?
- Utilise-t-elle une contraception ? Si oui pourquoi celle-ci ? Prend-elle d'autres traitements médicamenteux ?
- A-t-elle des antécédents médicaux ? Va-t-elle souvent chez le médecin ?
- Pratique-t-elle un sport ?
- A-t-elle quelques chose à rajouter ou une anecdote sur son rapport à la santé ?

A.5 Autres

- Se renseigne-t-elle sur ces thématiques ? Via quels biais ?
- Pour celle rencontrées via Instagram et Facebook : Pourquoi suit-elle ces pages ? Que cherche-t-elle dessus ? Comment les a-t-elle trouvées ?
- A-t-elle déjà entendu parler du TDPM ?
- Considère-t-elle que son SPM est une maladie ?
- A-t-elle d'autres remarques ou anecdotes sur l'une des thématiques abordées ?
A-t-elle un avis spécifique dont elle veut faire mention ?

B. Tableaux récapitulatifs des profils

Pseudonyme	Age	Pays	Profession et niveau d'études	Statut relationnel	Situation familiale	Moyen de contact
Cloé	17 ans	Suisse	Gymnasienne	Célibataire *	Parents infirmier.ère.s 2 sœurs 1 frère	Soeur de Miriam
Caren	18 ans	Suisse	Apprentissage d'assistante en soin et santé communautaire	En couple, vit chez ses parents	Parents dans l'immobilier	Via Cloé
Léa	20 ans	France	En recherche d'emploi	En couple, vit chez sa mère	Mère agente immobilière	Le compte «SPMtamère»
Magalie	22 ans	France	Étudiante en langues étrangères et gestion	Vit en couple	Mère assistante maternelle Père chef d'entreprise dans le bâtiment 1 frère	Le compte «SPMtamère»
Laetitia	23 ans	Suisse	Étudiante en médecine	En couple, vit chez ses parents	Mère sans emploi Père pilote 2 sœurs 1 frère	Connaissance
Carine	24 ans	Suisse	Infirmière en pédiatrie	En couple, vit chez ses parents	Mère sans emploi Père vigneron 1 frère	Connaissance
Alexa	24 ans	Suisse	Infirmière en chirurgie	*Vit seule	Mère assistante médicale Père responsable d'atelier dans une école d'art 1 frère	Via Carine
Anna	24 ans	Suisse	Infirmière à domicile	*Vit seule	Mère infirmière Père facteur 2 frères	Connaissance
Miriam	24 ans	Autriche	Étudiante en Lettres à Vienne	Vit en couple	Parents infirmier.ère.s 1 frère 2 sœurs	Connaissance

TABLE B.1 – Tableaux récapitulatifs des profils - partie 1/3

Pseudonyme	Age	Pays	Profession et niveau d'études	Statut relationnel	Situation familiale	Moyen de contact
Mélanie	24 ans	Suisse	Etudiante en architecture	*Vit seule	Mère secrétaire Père entomologiste 1 sœur	Connaissance
Rebecca	25 ans	Suisse	Etudiante en médecine	*Vit seule	Père médecin	Via Mélanie*
Alizée	25 ans	Suisse	Avocate stagiaire	*Vit seule	Mère comptable Père chef d'entreprise 1 frère	Connaissance
Nicole	25 ans	Suisse	Logopédiste	Vit en couple	Mère dans les ressources humaines Père responsable d'achat dans l'industrie pétrochimique 1 sœur	Connaissance
Tami	25 ans	France	Bachelor en graphisme	*Vit seule	Mère sans emploi Père dans la finance 1 frère	Connaissance
Aline	25 ans	Suisse	Infirmière	Vit en couple 1 fille	Mère comptable Père informaticien 1 frère	Via Anna
Célia	26 ans	France	2 Masters : cinéma (philosophie et sociologie de l'image) et gestion territoriale en recherche d'emploi	*Vit seule	Mère professeure d'université Père diplômé d'archéologie, sans emploi 2 frères	Le compte « SPMtamère »
Charlotte	28 ans	France	Travaille dans l'aéronautique Master en gestion	*Vit seule	Mère employée administrative dans les assurances Père mécanicien industriel 1 sœur	Le compte « SPMtamère »
Thérèse	28 ans	France	Conseillère en insertion	Vit en couple	Mère institutrice Père technicien informatique 1 sœur	Le compte « SPMtamère »

TABLE B.2 – Tableaux récapitulatifs des profils - partie 2/3

Pseudonyme	Age	Pays	Profession et niveau d'études	Statut relationnel	Situation familiale	Moyen de contact
Déborah	30 ans	Suisse	Médecin assistante	En couple, vit seule	Mère secrétaire Père chef de projet dans une entreprise 1 frère	Connaissance
Sandra	31 ans	France	Infirmière à domicile	Vit en couple	Mère couturière Père garagiste 2 sœurs 1 frère	Via Anna
Fatima	31 ans	France	Infirmière	En couple, vit seule	Mère sans emploi Père ouvrier dans une entreprise ferroviaire 3 frères	Via Sandra
Valentine	37 ans	Suisse	CFC d'employée de bureau, actuellement maman de jour	Mariée, 2 enfants	Mère aide infirmière Père administratif dans un hôpital	La page Facebook « Girl's meeting »
Nouria	40 ans	France	Assistante sociale spécialisée en santé	Mariée, 3 enfants	Mère sans emploi Père maçon 3 frères	La page Facebook « syndrome prémenstruel »
Dominique	42 ans	France	Chargée de communication à l'assurance maladie	Mariée, 2 enfants	Mère trésorière d'une perception Père attaché commercial dans une entreprise familiale	La page Facebook « syndrome prémenstruel »

TABLE B.3 – Tableaux récapitulatifs des profils - partie 3/3