

Apprendre à souffrir en silence. L'incorporation du genre à l'adolescence à travers la socialisation familiale et médicale aux douleurs menstruelles

Lise Laudren

DANS **NOUVELLES QUESTIONS FÉMINISTES 2026/1 Vol. 45**, PAGES 86 À 103
ÉDITIONS **ÉDITIONS ANTIPODES**

ISSN 0248-4951

DOI 10.3917/nqf.451.0087

Date de mise en ligne : 29/04/2026

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2026-1-page-86?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Éditions Antipodes.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Apprendre à souffrir en silence. L'incorporation du genre à l'adolescence à travers la socialisation familiale et médicale aux douleurs menstruelles

Lise Laudren

D'aussi loin que je me souviens, j'avais toujours souffert durant mes règles. Une douleur qui me vrillait les entrailles et me forçait à me couper du monde. J'ai vite assimilé cette douleur comme étant une partie de moi. Rose Sorel, Je suis une fille sur dix, autopublié, 2019

L'endométriose est généralement comprise comme une maladie chronique pouvant être à l'origine notamment de douleurs pelviennes chroniques, de rapports sexuels douloureux, de fatigue chronique, de saignements abondants, de troubles digestifs et d'infertilité. De rares études épidémiologiques récentes font état de la large prévalence de l'endométriose et de son sous-diagnostic : dans les pays occidentaux, au moins une femme sur dix en âge de procréer en serait atteinte (Shafir *et al.*, 2018) et le délai moyen entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic - le « délai de diagnostic » - serait d'environ sept à dix ans en France¹. Si l'endométriose a longtemps été ignorée (Hudson, 2021), elle fait l'objet en France, depuis les années 2010, d'une croissante médiatisation et inscription à l'agenda politique, sous l'impulsion d'associations de patientes, et dans un contexte marqué par la

1. INSERM, 2022, « Endométriose. Les projets de recherche en cours à l'Inserm » et 2019, « Fertilité, endométriose : l'Inserm fait le point sur les recherches », en ligne.

bre

Apprendre à souffrir en silence. L'incorporation du genre à l'adolescence à travers la socialisation familiale et médicale aux douleurs menstruelles
Lise Laudren

politisation de thématiques corporelles par les mouvements féministes, comme les règles ou les violences gynécologiques (Quéré, 2022). Dans les récits intimes de l'endométriose qui émergent sur les réseaux sociaux, dans des émissions de télévision ou encore dans des ouvrages autobiographiques, la confrontation régulière aux douleurs menstruelles depuis l'adolescence et leur normalisation par les proches et par le corps médical, apparaissent de façon centrale.

Ces expériences douloureuses des règles, souvent identifiées comme l'un des principaux symptômes de l'endométriose par les savoirs médicaux, sont fréquemment ressorties lors des entretiens que j'ai menés entre 2021 et 2022 dans le cadre d'un Master 2 de sociologie, auprès de 20 femmes diagnostiquées d'une endométriose, qui se sont par la suite engagées dans des associations de lutte contre cette maladie. Si ce mémoire investiguait comment et à quelles conditions l'endométriose peut façonner les rapports au féminisme, la majeure partie des entretiens a été consacrée à l'émergence des douleurs menstruelles et aux parcours médicaux. Beaucoup ont ainsi relaté avoir appris, durant l'adolescence, à faire silence sur leurs sensations corporelles et à endurer les douleurs.

Les processus socialisateurs encadrant ces expériences corporelles demeurent peu connus. La sociologie française s'est en effet jusqu'ici assez peu intéressée à la douleur, et l'a rarement analysée au prisme du genre (Goudinoux et Laudren, 2025), à l'exception de quelques travaux ayant porté sur l'expérience et les techniques de gestion des douleurs lors de l'accouchement (Arnal, 2016; Quagliariello et Topçu, 2021; Topçu, 2023), ou de l'avortement (Ruault, 2023), ainsi que sur la construction, chez les jeunes filles, d'un rapport ascétique au corps par le biais des pratiques sportives (Mennesson *et al.*, 2012) ou alimentaires (Darmon, 2008). En particulier, les douleurs menstruelles sont restées faiblement explorées dans le contexte français, y compris par les quelques recherches ayant porté sur les menstruations².

Pour comprendre sociologiquement l'expérience des douleurs menstruelles, il est donc utile de déplacer le regard vers les travaux, principalement anglophones, ayant pris pour objet l'endométriose. Ceux-ci ont majoritairement montré que le corps médical reconduit des représentations genrées des douleurs menstruelles, qui sont associées à la « nature » des femmes en raison de leur corps reproducteur, conduisant ainsi à une délégitimation de leurs ressentis douloureux (Ballweg, 1997; Young *et al.*, 2019). L'expérience des règles douloureuses dans la sphère familiale a été quant à elle plus rarement pensée,

2. Aurélia Mardon a pris pour objet les expériences adolescentes des menstruations, sans analyser plus précisément la confrontation aux douleurs (2009; 2011). Plus récemment, les objets menstruels mobilisés pour atténuer les douleurs menstruelles ont été évoqués dans la thèse d'Alexandra Mérienne, mais à nouveau sans que ces expériences douloureuses n'y occupent une place centrale (2024). La thèse d'Anne-Charlotte Millepiéd (2024) qui a porté sur l'endométriose fait donc figure d'exception dans le contexte français.

à l'exception de quelques travaux. Selon Kate Seear (2009), les jeunes filles apprennent, en prenant exemple sur les femmes de leur entourage familial, à taire leurs douleurs afin d'éviter d'être discréditées. L'enquête de Milica Markovic, Leonore Manderson et Narell Warren (2008) a permis de montrer les effets de long terme des apprentissages familiaux sur les trajectoires diagnostiques : les adolescentes ayant appris par mimétisme qu'il était normal de souffrir ont acquis une résistance à la douleur, qui les a conduites à accepter les discours médicaux, y compris lorsqu'ils contrevenaient à leur expérience subjective des douleurs. Cependant, ces autrices interrogent peu comment ces apprentissages familiaux sont poursuivis ou renégoiés dans l'instance médicale. Or, considérer les instances familiales et médicales séparément ne permet pas de penser comment celles-ci s'imbriquent et se renforcent mutuellement dans la normalisation des douleurs menstruelles (Millepied, 2024).

En plaçant la focale sur l'adolescence et le début de la vie adulte, cet article appréhende comment les sphères familiales et médicales contribuent à l'incorporation de dispositions à endurer les douleurs menstruelles, et par là même à l'incorporation du genre. Je rejoins donc l'argument d'Anne-Charlotte Millepied concernant l'importance de l'analyse conjointe des instances familiales et médicales pour comprendre la construction de l'endurance physique des jeunes filles, et précise certains éléments quant à l'imbrication de ces deux instances de socialisation.

Cet article s'articule en deux parties : dans la première, je porterai le regard vers les apprentissages menstruels dans l'instance familiale, en m'attardant en particulier sur les techniques qui y sont apprises afin d'endurer et dissimuler les douleurs. Puis, j'analyserai ce que fait l'institution médicale des douleurs menstruelles, en analysant les rapports aux hiérarchies générées qu'elle contribue à produire. J'insisterai en particulier sur la congruence des socialisations familiales et médicales, qui sont toutes deux forgées par les rapports sociaux de genre et entretiennent donc des représentations proches des douleurs féminines, ce qui contribue au succès de la socialisation à la douleur. Par ailleurs, plusieurs travaux ont insisté sur la psychologisation des douleurs menstruelles par le corps médical, sans s'intéresser à la manière dont elle opère dans le cadre familial (Ballweg, 1997 ; Young *et al.*, 2019 ; Millepied, 2024). Le présent article montre que les douleurs menstruelles font également l'objet d'une lecture psychologique dans la sphère familiale, renforçant dès lors l'apprentissage de la douleur par les adolescentes.

De plus, les travaux mentionnés sur l'endométriose ainsi que ceux portant sur la socialisation corporelle des jeunes filles ont peu creusé le rôle de l'expérience des douleurs menstruelles dans l'incorporation du genre. Je propose ici de mobiliser le concept d'incorporation pour analyser comment la confrontation régulière aux douleurs et à la nécessité de les taire participe à l'intériorisation des hiérarchies de genre. Si Martine Court définit ce concept de façon générale « comme le processus à travers lequel le “social”, c'est-à-dire

très exactement les normes, les contraintes et les hiérarchies sociales, s'inscrit dans les corps des individus» (2021 : 321), elle distingue deux approches : une « littérale », correspondant à la formation des corps, et une autre métaphorique, qui traduit l'intériorisation des hiérarchies sociales. Cet article entend montrer comment, dans les sphères familiales et médicales, les jeunes filles apprennent à endurer la douleur, ainsi que les rapports au monde genrés que cette confrontation régulière aux souffrances construit. Je m'inscrirai donc davantage dans la première acception du concept d'incorporation, en le pensant comme le processus par lequel les corps sont transformés, tout en interrogeant ce que cela produit sur l'intériorisation des hiérarchies sociales. J'appréhenderai ainsi comment la socialisation corporelle à la douleur participe à l'incorporation de leur position dominée en tant que femmes dans les rapports sociaux de genre, et en tant que patientes.

Encadré méthodologique

La population enquêtée est composée de 20 femmes : sept d'entre elles sont issues des classes populaires, sept des classes moyennes et six proviennent des classes supérieures. Parmi les sept enquêtées issues des classes populaires, quatre ont connu une mobilité sociale ascendante par l'accès aux études supérieures et trois appartiennent toujours aux classes populaires. Quatre des 20 enquêtées ont entre 20 et 30 ans, neuf entre 30 et 40 ans, six entre 40 et 50 ans et une a plus de 60 ans. L'échantillon compte par ailleurs trois femmes non blanches. Au moment de l'entretien, huit des femmes rencontrées ont un emploi – pouvant être à mi-temps ou être aménagé grâce à une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) –, cinq sont en reconversion professionnelle afin d'occuper un emploi davantage adapté à leurs symptômes, quatre sont étudiantes, deux ont été reconnues comme invalides au travail et une est à la retraite.

La plupart d'entre elles ont vécu des parcours diagnostics particulièrement erratiques, en majorité plus longs que le délai diagnostic moyen, qui les ont confrontées à l'autorité médicale et les ont amenées à s'engager dans des associations de patientes. Nous pouvons donc penser que les expériences particulièrement douloureuses de l'avant-diagnostic qui sont analysées ici ne sont pas représentatives de l'ensemble des parcours avec la maladie.

L'apprentissage familial des douleurs menstruelles

Des problèmes corporels qui se règlent entre mères et filles

La plupart des femmes rencontrées font débiter rétrospectivement leur endométriose au moment de leurs premières règles, marquées pour 15 d'entre elles par de fortes douleurs, des menstruations très abondantes ou

des troubles digestifs et urinaires, qui ont pu gagner en intensité au fil des cycles. C'est par exemple le cas de Myriam, qui a ses premières règles à l'âge de 12 ans, ce qu'elle perçoit d'abord comme un événement positif, marquant son passage vers l'âge adulte. Cependant, après plusieurs cycles, elle commence à ressentir de fortes douleurs dont elle parle à sa mère, sans que celle-ci n'y voit une source de préoccupation :

Ma mère... La première fois que je lui ai dit « j'ai mal » elle m'a dit « mais ça c'est tout à fait normal et tu verras ça peut être très douloureux, mais... » En gros le message c'était « on n'a rien sans rien, si tu veux être une femme, c'est dans la souffrance ». (Myriam, 45 ans, responsable à mi-temps des relations publiques au sein d'une entreprise)

Les premiers échanges entre mères et filles au sujet des premières douleurs menstruelles ont ainsi participé à en faire des expériences banales, presque inévitables. Dans les récits récoltés, les mères sont considérées comme dépositaires des savoirs légitimes sur les menstruations dans le cadre familial : elles sont à même de déterminer le caractère naturel ou pathologique des règles. Alors que le monde médical les perçoit comme des « profanes »³, elles sont considérées par leur fille comme « semi-expertes », voire « expertes » sur les sujets « près du corps » (Amsellem-Mainguy, 2006 : 56). L'absence des pères de ces récits est à cet égard assez frappante, comme en témoignent les propos d'Anna : « Mon père, c'est un peu tabou les règles, tout ça, donc il m'en parlait pas trop... Même pas du tout. C'était avec ma mère que j'en parlais. » (Anna, 23 ans, étudiante en master de littérature)

Jamais les femmes rencontrées ne se sont confiées à leur père au moment de leurs premières menstruations ou douleurs – tout comme ils sont absents des discussions portant sur les menstruations, la contraception ou la sexualité (Mardon, 2011 ; Fonquerne, 2023 ; Clair, 2023). Comme l'a observé Geneviève Cresson, les femmes sont assignées au « travail sanitaire profane »⁴ qui, à l'instar du travail domestique, est invisibilisé et dévalorisé (2005).

Dès lors, l'inégale répartition du travail sanitaire profane contribue à faire des menstruations des problèmes corporels « de femmes », qui se règlent entre mères et filles et dont les pères peuvent être préservés. Or, la révélation aux mères des douleurs menstruelles a débouché, pour la quasi-totalité des enquêtées, sur une banalisation des symptômes.

3. À la suite de Lucile Ruault, nous mobilisons cette notion dans une « approche relationnelle des catégories de “médecins” et de “profanes”, qui sont socialement construites dans un rapport d'opposition, dont l'institution médicale est au fondement » (2021 : 259). L'usage de ce concept permet notamment de mettre en lumière les rapports de pouvoirs qui structurent les relations entre les médecins (jugés comme expertes) et les individus sans qualification officielle (considérés comme profanes).

4. C'est-à-dire l'ensemble des activités concourant à assurer le bien-être, la bonne santé physique et mentale ou la guérison de proches et qui ne sont pas effectuées par des professionnel·les de santé (Cresson, 2005).

La douleur comme signe de l'accession au statut de femme

L'extrait d'entretien avec Myriam mobilisé plus tôt montre que, au moment de l'adolescence, les mères participent à reconduire des représentations genrées de la souffrance : celle-ci serait inhérente aux menstruations et, au-delà, au statut de femme. C'est ce que résume Chloé (32 ans, costumière) : « Dans l'inconscient collectif, les règles provoquent des douleurs à toutes, des fois plus pour certaines, moins pour d'autres. » La sociologue britannique Gillian Bendelow a montré que l'on attribue aux femmes des capacités supérieures à gérer la douleur, en raison notamment de leurs expériences des menstruations et de l'accouchement, ce qui peut conduire à penser que leurs douleurs n'ont pas besoin d'être prises au sérieux (1993). Cette normalisation des douleurs est particulièrement poussée dans le cas de l'endométriose : celles qui souffrent de leurs menstruations en déduisent qu'elles font simplement partie des malchanceuses (Ballard *et al.*, 2006).

Les entretiens ont cependant mis en lumière deux cas de figure. Dans le premier, correspondant à 13 enquêtées, leurs mères n'ont pas ou peu souffert de règles douloureuses et font de leur vécu personnel des menstruations, plutôt indolores, l'expérience universelle des règles. De ce fait, elles considèrent que leur fille exagère et doit apprendre à contrôler et à réinterpréter la manière dont elle ressent, gère et exprime ses symptômes :

C'est con, mais elle se disait que c'était normal d'avoir mal. Surtout que ma mère a pas connu les douleurs pendant ses règles. Du coup elle était un peu en mode « ben tu veux que je fasse quoi, prends un médoc et serre les dents ma fille ». (Olivia, 24 ans, étudiante de master en science politique)

Pour sept autres enquêtées, les mères ont pareillement souffert pendant leurs règles. La ressemblance des douleurs menstruelles de Fanny avec celles vécues par sa mère ont ainsi conduit cette dernière à estimer normales les sensations douloureuses de sa fille :

Moi, en fait, dès mes premières règles, à 12 ans et demi, j'ai eu des douleurs et des hémorragies. Ma maman avait vécu la même chose et donc elle m'a dit toujours dit « c'est normal ». Et moi, je disais à maman « il faut que j'aille voir le médecin ». Et maman me disait « de toute façon, c'est normal, ça va passer ». Et puis ça ne passait pas quoi. (Fanny, 47 ans, anciennement aide-soignante)

Certaines de ces mères se savaient atteintes d'endométriose, mais n'en ont parlé à leur fille qu'après leur diagnostic, tandis que d'autres ont elles-mêmes eu des règles douloureuses ou abondantes ainsi que des douleurs pendant les rapports sexuels, sans jamais que leurs ressentis ne soient considérés comme pathologiques. Les interactions entre mère et fille peuvent alors aboutir à une transmission intergénérationnelle de

dispositions à endurer la souffrance. Cécile (44 ans, assistante dans les ressources humaines) raconte ainsi : « Ma grand-mère avait mal pendant ses règles, ma mère avait super mal... Ma grand-mère lui a raconté que c'était normal, ma mère m'a dit que c'était normal... » Cette confrontation régulière à la douleur peut même parfois être présentée par les mères comme une ressource permettant d'accumuler des dispositions genrées à supporter la douleur, qui pourront être actualisées dans la suite de leur trajectoire « de femme » : « Ma mère me disait "mais tu verras c'est les mêmes contractions que pendant un accouchement, ça fait un super entraînement, tu pourras accoucher sans péridurale les doigts dans le nez". » (Barbara, 26 ans, juriste)

Chercher un diagnostic pour les adolescentes peut donc être d'autant plus long que les mères ont elles-mêmes intégré, sur un registre fataliste, la douleur et le silence et que les filles, en observant leur mère, ont intériorisé que la souffrance était le lot commun des femmes : la malchance des règles douloureuses est alors perçue comme un héritage familial (Ballard *et al.*, 2006 ; Millepied, 2024), témoignant d'une « filiation du corps » (Guyard, 2010 : 61).

Face à la persistance des plaintes des jeunes filles, les douleurs menstruelles ont également pu faire l'objet d'une lecture psychologique. Avant, ou en parallèle des premières consultations médicales, il ressort des entretiens que certaines mères ont associé les douleurs de leurs filles à du stress, à de l'anxiété ou à un état dépressif, qui seraient propres à l'expérience féminine de l'adolescence. C'est par exemple le cas de Claire, dont la mère liait régulièrement ses douleurs à une dépression, au stress généré par le quotidien scolaire ou à une stratégie mobilisée pour « se rendre intéressante » et ainsi échapper au travail domestique. Ces interprétations psychologiques ne remettent pas en cause la naturalisation des douleurs menstruelles, ou la croyance en une continuité des corps entre les lignées féminines, mais tendent à prolonger ces explications. Claire était en effet pensée comme « naturellement » souffrante et dépressive, comme l'était avant elle sa grand-mère, que Claire considère a posteriori comme ayant elle-même souffert toute sa vie d'une endométriose. Marquées par le spectre de l'hystérie, les douleurs considérées comme « féminines » tendent en effet à faire l'objet d'une interprétation psychologique : le problème est alors toujours lié à la nature des femmes, lesquelles seraient biologiquement destinées à la douleur ou à la folie (Jones, 2015).

L'arrivée des menstruations constitue ainsi un signe de l'accession au statut de femme (Mardon, 2011) et les mères apprennent à leur fille que celui-ci s'accompagne de douleurs biologiques qu'il leur faut apprendre à surmonter. Comme l'écrit la chercheuse Marion Coville, au sujet de son propre parcours avec l'endométriose, « être terrassée par des douleurs perçues comme féminines me paraît simplement banal » (2022 : 76).

Apprendre à souffrir en silence. L'incorporation du genre à l'adolescence à travers la socialisation familiale et médicale aux douleurs menstruelles
Lise Laudren

Apprendre à dissimuler ses douleurs

Face à l'injonction à maîtriser leurs douleurs, les femmes rencontrées ont relaté en entretien avoir mis en place un travail de dissimulation des manifestations de leurs règles et, en particulier, de leurs douleurs menstruelles.

Si certaines expliquent avoir originellement relié l'arrivée de leurs règles à un sentiment positif marquant leur progression vers l'âge adulte, la majorité les ont associées à un sentiment de honte, puisque le sang menstruel est considéré comme une « source de souillure naturelle que les femmes doivent impérativement dissimuler » (Mardon, 2011 : 34). L'ensemble des femmes rencontrées ont dès lors adopté un travail invisible de dissimulation de leurs règles, que Sophie Laws appelle « l'étiquette menstruelle » (1990). Comme l'avait observé Kate Seear (2009), il ressort de mon enquête que ce travail de dissimulation est d'autant plus poussé chez les femmes atteintes d'endométriose, car les manifestations de leurs règles, abondantes et provoquant des douleurs aiguës, sont plus visibles et donc plus discréditantes :

J'avais très très mal au ventre, beaucoup de problèmes digestifs et des règles très irrégulières. Et à chaque fois hémorragiques, il fallait que j'aie me changer maximum toutes les heures et c'était très compliqué au lycée. Donc c'était des nausées, des vomissements, des diarrhées, des chutes de tension, des malaises... (Anna, 22 ans, étudiante en master de littérature)

Les femmes rencontrées ont ainsi mobilisé des techniques, à l'adolescence et parfois encore à l'âge adulte, visant à empêcher les taches de sang : utiliser simultanément un tampon et une protection hygiénique et en changer très régulièrement ; s'asseoir ou dormir en plaçant sous elles une serviette de bain pour éponger les débordements ; s'installer parfois plusieurs heures aux toilettes et laisser s'écouler le sang. Afin de dissimuler leurs douleurs, les malaises ou vomissements qu'elles peuvent provoquer ou encore les traces de fatigue qu'elles laissent sur le visage, elles ont également appris à s'exclure des interactions sociales pendant les moments de « crise », ou encore à travailler leur apparence physique :

J'avais 36 protections dans mon sac [...] Je me plaignais jamais, je préférais serrer les dents, aller me planquer dans un coin, pleurer, m'essuyer et repartir [...] Et je vais tout cacher avec de l'anticerne, je vais mettre ce qu'il faut pour pas que ça se voie, les nuits où je dors pas du tout, où y a peut-être une demi-heure où j'arrive à fermer les yeux... Ben voilà, je cache. Et puis je me laisse pas aller, je m'habille, je me maquille donc forcément... Ça peut aussi ne pas aider à voir le mal. (Claire, 32 ans, anciennement aide-soignante)

Surtout, la plupart des femmes expliquent avoir rapidement appris, souvent par mimétisme, à utiliser des médicaments pour atténuer leurs douleurs :

Ma mère me racontait qu'elle, tous les mois quand elle avait ses règles, elle était incapable d'aller à l'école et donc elle restait couchée au moins une journée tous les mois à prendre des cachets pour se détendre. Elle me donnait le nom de ses cachets et elle me disait « bon on ira en acheter en prévision ». (Myriam, 45 ans, responsable à mi-temps des relations publiques au sein d'une entreprise)

Les propos de Myriam montrent que le travail de dissimulation est principalement inculqué par les mères, omniprésentes dans les propos des enquêtées, ce qui participe de la socialisation familiale à la douleur. Cependant, des amies ou d'autres femmes de la famille peuvent aussi proposer des techniques et « accompagner » dans le travail de dissimulation :

Au mariage de mon cousin elles [sa grand-mère et sa tante] ont dû courir à la pharmacie m'acheter des anti-inflammatoires... Donc elles étaient au courant (...) Si j'avais mal quand on était dans les grosses réunions de famille, je me mettais à part et c'est les femmes qui s'occupaient de moi. Des petits trucs comme ça, en mode « on va quand même pas déranger ces messieurs avec elle qui pleure là ». (Olivia, 23 ans, étudiante en master de science politique)

La dissimulation est donc un travail collectif d'encadrement des corps, réalisé par des femmes de la famille ou des paires qui jouent tour à tour le rôle « d'entrepreneuses de morale » qui labellisent ce qui est normal ou pas, ainsi que « d'initiatrices » et « d'accompagnatrices » dans la mise en place de techniques corporelles (Darmon, 2008). En d'autres termes, le travail de dissimulation de la douleur est appris parce que transmis et partagé : les membres d'un même groupe social (les femmes, et plus souvent les mères) transmettent aux nouvelles entrantes (les filles récemment menstruées) différentes techniques pour souffrir en silence.

Dès lors, les douleurs menstruelles des femmes enquêtées ont rarement donné lieu à des formes de sollicitude de la part de leur entourage familial, qui tendait à les considérer comme étant « chochottes » ou « flemmardes », ou à renvoyer leurs douleurs au domaine psychologique. Si des marques de tolérance, par exemple vis-à-vis de l'absentéisme scolaire, ont pu être témoignées pour celles dont les douleurs étaient particulièrement aiguës, elles sont minoritaires. Dans la plupart des cas, les douleurs menstruelles n'occupaient pas ou peu de place dans le quotidien familial : passé les premières règles, les femmes rencontrées ont relaté avoir rarement évoqué leurs douleurs dans la sphère familiale. Certaines n'ont même jamais eu de discussions à ce sujet en son sein, quand bien même leurs douleurs, comme parfois celles de leur(s) sœur(s) ou mère, pouvaient être rendues visibles par des malaises ou des vomissements - ce qui montre combien elles avaient intériorisé la nécessité de taire leurs douleurs, y compris dans le cadre familial.

Apprendre à souffrir en silence. L'incorporation du genre à l'adolescence à travers la socialisation familiale et médicale aux douleurs menstruelles
Lise Laudren

Des savoirs experts et des corps silencés

De la banalisation des symptômes à la psychologisation des douleurs

Bien que les mères aient appris à leur(s) fille(s) qu'il était normal de souffrir, 14 des 20 enquêtées ont tout de même mentionné leurs symptômes à un·e médecin généraliste ou gynécologue durant leur adolescence, ou sont allées consulter spécifiquement à ce sujet – généralement accompagnées par leur mère⁵, comme dans le cas de Safia :

Comme beaucoup j'ai été trimballée, j'ai vu beaucoup de gynécos, de médecins, qui m'ont tous dit pareil, que fallait pas m'affoler, que c'était normal, que bon je devenais une femme, il s'agissait de souffrir et de se taire. C'est pas faute d'avoir consulté et de m'être affolée. (Safia, 33 ans, chargée de mise en rayon en supermarché)

Ces consultations réalisées durant l'adolescence auprès de médecins se sont soldées pour la quasi-totalité des enquêtées par une nouvelle normalisation des douleurs, assimilées, par elleux aussi, à une entrée conforme dans la puberté féminine. En plus de cette naturalisation des douleurs, certain·es médecins ont parfois associé leurs souffrances à des causes psychologiques, comme ce fut le cas pour Claire :

Moi, je me dis, si on m'avait écoutée avant, j'en serais pas là aujourd'hui [Et ça, qu'on t'ait pas écoutée plus tôt, est-ce que t'en avais voulu par exemple à tes parents de pas... ?] Non... [C'était plus aux médecins, du coup, que t'en as voulu ?] Ouais, quand en consultation le médecin disait à mes parents : « Ça se passe bien pour votre fille, elle est pas dépressive ? » On m'a toujours prise pour une dépressive... (Claire, 32 ans, anciennement aide-soignante)

Il est difficile de déterminer, à partir des souvenirs recueillis, quelle instance socialisatrice a psychologisé les douleurs en premier lieu : est-ce que l'instance médicale a confirmé et prolongé des modes de catégorisation familiales des douleurs, ou bien la psychologisation des douleurs par les professionnel·les de santé a-t-elle été remobilisée dans la sphère familiale ? Cet article n'entend pas trancher sur ce point, mais l'on peut à minima supposer que ces deux instances socialisatrices ont nourri des conceptions proches des douleurs féminines, qui ont contribué à renforcer les interprétations psychologiques de celles-ci.

5. Cela rejoint les résultats d'Anne-Charlotte Millepied puisque toutes les femmes qu'elle a interrogées se sont tournées très tôt vers la profession médicale, sans que cette démarche soit enclenchée par une réelle inquiétude maternelle vis-à-vis de l'état de santé de leur fille (2024).

Les médecins ne se sont par ailleurs pas contentés de banaliser ou de psychologiser les douleurs : iels ont également souvent prescrit des médicaments. Mélanie s'est ainsi vu prescrire du Spasfon⁶ en quantité importante : « Ma mère m'a amenée voir le médecin, mais il me filait que du Spasfon... Donc je passais ma vie à manger du Spasfon. J'ai encore je sais pas combien de boîtes dans ma pharmacie, mais ça sert à rien » (Mélanie, 31 ans, graphiste). Le médecin que Chloé a consulté à l'adolescence lui a quant à lui prescrit de l'Antadys⁷ et des antalgiques puissants pour atténuer ses douleurs :

J'avais de bons médicaments qui m'aidaient bien. Mais qui me mettaient dans un état presque droguée quoi. Donc je les prenais, mais des fois ils ne faisaient plus effet parce que j'en prenais trop. Donc des fois j'arrêtais, donc je souffrais, et ensuite je pouvais les réintégrer. C'était tout un truc pour gérer ma douleur. (Chloé, 32 ans, costumière)

Comme mentionné plus tôt, les médicaments prescrits par les médecins constituent l'un des principaux outils que les enquêtées ont utilisés à l'adolescence dans leur travail de dissimulation. Beaucoup d'entre elles ont développé de véritables routines ou habitudes autour d'eux à l'adolescence, sur le mode du tâtonnement et des expérimentations, au point de développer pour certaines des formes d'addiction, comme en témoigne Chloé. De plus, parmi les 14 enquêtées qui ont consulté à l'adolescence, toutes ont rapporté avoir commencé à prendre la pilule contraceptive sur proposition de leur médecin, après avoir évoqué leurs douleurs et règles abondantes. À l'exception d'une enquêtée, les premiers contacts à l'adolescence avec le corps médical n'ont donc abouti à aucune recherche de diagnostic : comme les mères, les médecins ont renforcé le présupposé selon lequel l'apprentissage de la féminité se fait dans la souffrance.

En prescrivant aux adolescentes les moyens de mettre en place le travail de dissimulation, les médecins reconnaissent donc leur expérience subjective d'une douleur (néanmoins minimisée), tout en renforçant la croyance dans le caractère normal de cette même expérience. Comme les mères, les médecins constituent en cela des entrepreneur·euses de morale, ainsi que des initiateur·ices au travail de dissimulation. Ce qui fait donc la force de cette incorporation de la douleur est la congruence des deux instances socialisatrices, tant sur le contenu des normes que sur les techniques transmises pour endurer les douleurs.

Ces deux instances peuvent néanmoins parfois se montrer discordantes. Face à l'intense consommation d'anti-inflammatoires de leur fille, des mères ont parfois cherché à limiter ou interdire leur accès aux médicaments. Certaines

6. Le Spasfon fait partie des dix médicaments les plus prescrits en France, tout particulièrement aux femmes pour soulager les douleurs menstruelles. Juliette Ferry-Danini, philosophe de la médecine, a montré qu'aucun essai clinique ne soutient l'efficacité de ce médicament pour cette indication et suggère que son développement et son succès témoignent d'une « fabrique de l'ignorance médicale » (2023).

7. Anti-inflammatoire notamment prescrit en cas de règles douloureuses.

Apprendre à souffrir en silence. L'incorporation du genre à l'adolescence à travers la socialisation familiale et médicale aux douleurs menstruelles
Lise Laudren

adolescentes m'ont raconté avoir alors mis en place des pratiques de contournement de l'autorité parentale :

Le médecin m'avait prescrit des anti-inflammatoires... Et qu'est-ce que j'en ai pris... Ma petite sœur aussi en prenait, sauf qu'elle ça a fini par lui faire un ulcère... Et du coup à l'époque ma mère a eu peur et elle nous a interdit d'en prendre. Mais en fait, c'est le seul truc qui me soulageait et je me souviens en avoir pris en cachette. J'allais voir mon médecin sans ma mère, je lui demandais des anti-inflammatoires et je faisais mes stocks. (Fanny, 47 ans, anciennement aide-soignante)

Celles qui ont consulté durant leur adolescence pour des douleurs ou des règles abondantes ont ainsi fait usage de la pilule et de divers médicaments, parfois en cachette, ce qui leur a permis de maintenir un niveau de souffrance tenable pendant plusieurs années. Cependant, elles font le récit d'un scénario assez similaire : à l'âge adulte, durant les études supérieures, au début de l'entrée dans le monde professionnel, après des grossesses, ou encore lors d'un changement de contraception, les douleurs sont « revenues » ou ont augmenté, jusqu'à devenir insupportables. Elles relatent avoir recommencé à consulter à ce sujet, ce qui a généralement abouti à une nouvelle normalisation de leurs symptômes. Si, dès l'adolescence, les médecins ont pu associer les douleurs menstruelles à du stress, à de l'anxiété ou à une dépression, l'interprétation psychologique de leurs souffrances apparaît souvent de façon plus prégnante encore à l'âge adulte :

Donc j'avais trouvé une gynéco près de chez moi à Paris, je suis allée la voir et elle m'a dit « vu votre âge, 24 ans, pour moi c'est un désir de grossesse refoulé, du coup dès que vous avez vos règles, psychologiquement il doit y avoir un grand chagrin, une grande frustration ». (Alix, 44 ans, graphiste)

Face au constat que les femmes enquêtées continuent de se plaindre de douleurs menstruelles jugées « normales » à l'âge adulte, les médecins semblent donc investir de façon croissante le registre disqualifiant des troubles psychologiques. Dès lors, comme Alix, beaucoup des femmes que j'ai rencontrées m'ont rapporté s'être elles-mêmes crues folles avant le diagnostic.

Cette socialisation à la douleur dans l'instance médicale, qu'elle passe par la banalisation ou la psychologisation des douleurs, contribue donc à façonner l'endurance physique des jeunes filles.

Le cabinet gynécologique, lieu de production de douleurs et de violences gynécologiques

L'errance diagnostique de Mélanie, âgée de 31 ans et graphiste, est particulièrement éclairante pour rendre compte du continuum de violences qui s'exercent dans l'institution médicale et qui participent à l'incorporation de dispositions à endurer la douleur.

Mélanie retrace le début de ses symptômes de l'endométriose à ses premières règles lorsqu'elle avait 11 ans, qui ont immédiatement été caractérisées par de très fortes douleurs et pertes hémorragiques. Tout en considérant alors les règles douloureuses de sa fille comme normales, la mère de Mélanie l'emmène consulter. Son médecin généraliste associe néanmoins ses douleurs à son entrée dans la puberté, et lui prescrit du Spasfon. Trois ans plus tard, parce que les douleurs de Mélanie persistent, le médecin la place sous pilule contraceptive, sans chercher de diagnostic. Cependant, au cours des études supérieures, elle décide d'arrêter la prise d'hormones et opte pour un stérilet en cuivre. Elle raconte en entretien les violences gynécologiques dont elle a été victime pendant la pose du stérilet :

Le gynécologue qui me l'a mis a forcé comme un bœuf, je me suis à moitié évanouie sur sa table... Il m'a dit « c'est normal que ça fasse mal ». Il ne m'a même pas écoutée quand j'ai dit que j'avais trop mal, il a continué, il a fait son truc, il m'a laissée repartir alors que j'étais tremblante, que je savais plus où j'étais.

Immédiatement après, ses douleurs de règles reviennent, elle en parle à son médecin traitant, qui ne la croit pas, estimant que ces douleurs sont « dans [sa] tête ». Elle repasse sous pilule continue, mais en change régulièrement car elles lui provoquent des « crises horribles ». Elle multiplie les rendez-vous médicaux pendant lesquels ses douleurs sont associées au stress. Elle décide finalement de poser à nouveau un stérilet cette fois-ci hormonal, mais la sage-femme n'y parvient pas et trouve ses douleurs anormales. Elle soupçonne une endométriose et l'envoie consulter une gynécologue spécialisée : après avoir enchaîné les rendez-vous médicaux et les examens, Mélanie est finalement diagnostiquée, cinq ans après avoir commencé à consulter activement pour ses crises à l'âge adulte et seize ans après le début de ses premières douleurs. Ce parcours - majoritaire parmi les femmes enquêtées - correspond à ce qu'Anne-Charlotte Millepied appelle des « parcours erratiques », marqués par des opérations répétées de normalisation des symptômes par les professionnelles de santé et au cours desquelles les femmes font face à la négligence et aux violences médicales (2024).

En écho au récit de Mélanie, la moitié des enquêtées relatent les actes douloureux, voire les violences gynécologiques dont elles ont fait l'expérience - en amont comme en aval du diagnostic -, qui incarnent de façon paroxysmique la socialisation corporelle à la douleur dans la sphère médicale. Les propos des femmes sont alors le reflet de beaucoup de témoignages publiés en ligne par des personnes atteintes d'endométriose et victimes de violences gynécologiques depuis « l'affaire Daraï »⁸ :

8. En septembre 2021, Émile Daraï, gynécologue spécialiste de l'endométriose, est accusé de violences gynécologiques par plusieurs patientes. Des témoignages anonymes de femmes affluent par dizaines sur le compte Instagram du collectif *Stop aux violences obstétricales et gynécologiques*.

Apprendre à souffrir en silence. L'incorporation du genre à l'adolescence à travers la socialisation familiale et médicale aux douleurs menstruelles
Lise Laudren

Il m'a réauscultée j'ai encore souffert, j'ai encore hurlé (Safia, 33 ans, chargée de mise en rayon en supermarché)

J'ai eu plusieurs examens, autant douloureux que humiliants pour une femme... On vous ausculte un peu dans tous les sens, on n'y va pas de main morte (...) Les examens ça a vraiment été un traumatisme avec certains médecins qui sont pas forcément doux.... Y'avait pas d'humanité chez certains médecins, pas d'empathie (...) J'ai été des mois sans vouloir même une caresse de mon conjoint, cet endroit était juste un endroit de torture. (Claire, 32 ans, anciennement aide-soignante)

Les entretiens menés dans le cadre de cette recherche témoignent ainsi de la contribution spécifique des consultations gynécologiques à la socialisation corporelle des femmes. Si les mécanismes d'incorporation de la douleur présentés plus tôt reposent sur l'imitation des techniques corporelles entre lignées féminines, ainsi que sur la normalisation des expériences douloureuses dans les instances familiales et médicales, ces violences gynécologiques participent à l'incorporation de la douleur par l'administration directe de celle-ci. Un résultat congruent avec les travaux d'Aurore Koechlin (2021), qui montrent que le cabinet gynécologique constitue un lieu de socialisation à la douleur, que l'on soit ou non atteinte d'endométriose, à travers la réalisation d'actes douloureux, comme les touchers vaginaux, les poses de stérilet ou les mammographies. Mon enquête confirme que les patientes diagnostiquées d'une endométriose sont particulièrement exposées à ces actes douloureux, d'une part, parce que les examens généralement réalisés afin de poser un diagnostic sont plus fréquents et envahissants⁹; d'autre part, leurs symptômes pourtant chroniques étant délégitimés, elles sont sujettes à une trajectoire thérapeutique lourde, marquée par des consultations auprès de beaucoup de professionnel·les de santé différent·es.

Ainsi, cette enquête montre que les médecins ne se contentent pas de poursuivre et de légitimer ce qui est appris dans le cadre familial: par les actes douloureux et les violences administrées dans l'instance médicale, iels participent à la construction de corps silenciés¹⁰.

Les corps que la domination médicale produit

Les femmes enquêtées ont d'abord eu confiance dans les savoirs médicaux durant leur adolescence et au début de leur recherche de diagnostic.

9. Les deux examens utilisés pour diagnostiquer l'endométriose sont l'échographie endovaginale, impliquant l'introduction d'une sonde dans le vagin, ou une IRM.

10. Je ne cherche pas ici à avancer que seule l'instance médicale socialise les jeunes filles à l'endurance physique par l'administration de douleurs. Ma thèse en cours explore notamment comment les familles, en produisant des violences physiques, peuvent aussi participer à l'habituación sociale des adolescentes aux douleurs, par la confrontation répétée à celles-ci. Néanmoins, comme les violences corporelles familiales et leurs effets sur la résistance aux douleurs n'étaient pas investiguées et ne sont pas ressorties lors des entretiens menés dans le cadre du master, je ne développe pas cette réflexion ici.

Cependant, face aux délégitimations, actes douloureux et violences, la suite de leur parcours médical a souvent été marquée par une opposition aux professionnel·les de santé.

Or, quand bien même certaines enquêtées peuvent témoigner d'une distance ou d'une opposition aux médecins, la division des rôles entre profanes et expert·es a fait d'elles des objets de savoir placés en situation de dépendance vis-à-vis des savoirs médicaux :

Je me suis quand même sentie très très seule dans mon parcours. Et en lutte un peu contre les médecins qui... À part le dernier, qui m'ont jamais prise en considération et j'avais l'impression d'être un numéro... T'es un corps à soigner. (Cécile, 44 ans, assistante dans les ressources humaines)

Les récits des femmes enquêtées traduisent souvent leur sensation d'avoir disparu des interactions avec les professionnel·les de santé, qui prennent peu en considération leurs expériences ou ne les impliquent pas lors des examens médicaux. C'est ce qu'on retrouve dans le récit de Marion Coville au sujet de son propre parcours diagnostique : « Lors de l'IRM, j'ai suivi une procédure qui m'était dictée sans m'être expliquée et sans que je puisse indiquer les raisons de ma présence : je suis un corps silencieux livré avec ordonnance. » (2022 : 82)

Les femmes enquêtées relatent de même avoir été longtemps des « corps silencieux », ou plutôt des « corps silenciés » face aux délégitimations et aux violences subies : c'est-à-dire des corps réduits au silence par les rapports de pouvoir qui encadrent les interactions entre médecins et patient·es et qui rendent possibles les violences évoquées plus tôt. La socialisation à la douleur dans l'instance médicale peut aboutir à une sensation de dépossession de leur corps :

Y a des examens que j'ai très mal vécus, où je finissais en larmes et où les soignants n'étaient pas forcément très doux ou très respectueux du consentement. Et... J'ai vécu quand même à plusieurs reprises des trucs qu'on pourrait presque qualifier d'agressions je pense (silence). La maladie a changé mon rapport à mon corps parce que mon corps est devenu une boule de douleur. Je pense que ça a changé mon rapport à mon corps, comme s'il m'appartenait plus vraiment. C'est devenu un objet médical qu'il faut traiter pour qu'il soit un tant soit peu fonctionnel. (Olivia, 24 ans, étudiante en master de science politique)

Par les propos d'Olivia, on comprend que devenir un corps silencié, c'est faire l'expérience de la domination médicale. La socialisation à la douleur fabrique en cela des corps marqués par la souffrance et au-delà, participe à l'incorporation de hiérarchies sociales. Autrement dit, par ces expériences corporelles, marquées par les violences multiples, les femmes

Apprendre à souffrir en silence. L'incorporation du genre à l'adolescence à travers la socialisation familiale et médicale aux douleurs menstruelles
Lise Laudren

atteintes d'endométriose apprennent à occuper une place dominée, en tant que patientes et en tant que femmes¹¹.

Souffrir en silence, un apprentissage du genre parmi d'autres

À partir d'une enquête menée auprès de 20 femmes diagnostiquées d'une endométriose, cet article a pris pour objet d'étude leur apprentissage de la souffrance et du silence, à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Il a montré que l'incorporation de dispositions à endurer la douleur apparaît d'autant plus efficace qu'elle est apprise en miroir par deux instances de socialisation - la famille et le monde médical - se référant à des normes genrées de la puberté et de la douleur qui sont proches. Par ailleurs, cette socialisation est reconduite dans les « temps faibles » de la socialisation (Lignier, 2023), puisqu'elle se répète dans les plis du quotidien, lors de chaque menstruation ou crise, mais aussi dans ses « temps forts » (*ibid.*), c'est-à-dire lors d'événements marquants et plus ponctuels, comme des violences gynécologiques.

De plus, les entretiens ont révélé que familles et médecins continuent à socialiser à la douleur après le diagnostic, lorsque celui-ci n'est pas compris, entendu ou cru, lorsque les symptômes sont minimisés, psychologisés, ou lorsque les violences gynécologiques perdurent. Les récits des vies endométriosiques après le diagnostic traduisent les effets tenaces de cette socialisation : les femmes enquêtées ont souvent relaté continuer à douter de leurs ressentis douloureux. Finalement, les effets de long terme de la socialisation à la douleur apparaissent liés au fait qu'elle découle et participe d'une socialisation de genre, inculquée par différentes instances. Le « noyau normatif du genre » (Clair, 2023) a en effet été central dans l'intégralité des entretiens et constitue le cœur des expériences de l'endométriose, tant dans l'instance familiale que médicale. La socialisation corporelle à la douleur semble donc constituer en cela une « socialisation de renforcement » (Darmon, 2008), qui vient compléter les apprentissages de la féminité déjà réalisés ou en cours de réalisation. Souffrir en silence constitue finalement un apprentissage du genre parmi d'autres.

Ces résultats sont néanmoins à interpréter avec précaution. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette socialisation à la douleur, et la violence avec laquelle elle a été vécue sont particulièrement exacerbées dans le cas de ces femmes, puisqu'elles ont généré des révoltes intimes au cœur de leur engagement militant. Ces analyses gagneront à être complétées par des entretiens menés auprès de femmes qui ne se sont pas engagées dans des

11. Il ne s'agit pas pour autant d'avancer que les femmes atteintes d'endométriose ne s'opposent pas ou jamais au pouvoir médical, d'autant plus que beaucoup m'ont raconté avoir dû s'imposer pour obtenir un diagnostic. Une analyse des conditions sociales de possibilité d'une remise en cause de ces savoirs experts et des modalités de cette opposition prolongerait utilement cet article.

associations de patientes, ce qui permettrait d'en identifier les variations sociales. Pour autant, en révélant l'encadrement familial et médical des douleurs féminines – tant leur expression que leur vécu – cette enquête met au jour certains mécanismes qui structurent de façon générale la construction sociale des femmes. ■

Références

- Amsellem-Mainguy, Yaëlle, 2006, « Prescrire et proscrire des conduites, véhiculer des normes: les mères comme actrices privilégiées de prévention en matière de sexualité et de contraception », *Recherches familiales*, 3, 49-59.
- Arnal, Maud, 2016, « Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement », *Genre, sexualité & société*, 16, en ligne.
- Ballard, Karen, Lowton, Karen et Wright, Jeremy, 2006, « What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis », *Fertil Steril*, 5, 1296-1301.
- Ballweg, Mary Lou, 1997, « Blaming the victim. The psychologizing of endometriosis », *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 24 (2), 441-53.
- Bendelow, Gillian, 1993, « Pain perception, emotions and gender », *Sociology of Health & Illness*, 15 (3), 273-294.
- Clair, Isabelle, 2023, *Les choses sérieuses. Enquête sur les amours adolescentes*, Paris: Seuil.
- Court, Martine, 2021, « Incorporation », in Rennes, Juliette (dir.), *Encyclopédie critique du genre*, Paris: La Découverte, 372-382.
- Coville, Marion, 2022, « L'endométriose, une fabrique genrée de l'ignorance: expérience corporelle, technologies médicales et savoirs expérimentiels sur l'endométriose », *Communication & langages*, 214, 73-89.
- Cresson, Geneviève, 2005, « La santé, production invisible des femmes », *Recherches féministes*, 4 (1), 31-44.
- Darmon, Muriel, 2008, *Devenir anorexique: Une approche sociologique*, Paris: La Découverte.
- Ferry-Danini, Juliette, 2023, *Pilules roses. De l'ignorance en médecine*. Paris: Stock.
- Fonquerne, Leslie, 2023, « La pilule en héritage: transmissions historiques et matrilineaires », *Revue des politiques sociales et familiales*, 146-147, 13-28.
- Goudinoux, Jeanne et Laudren, Lise, 2025, « Douleur et genre: la fin d'un oubli? », *Appel à communications*, publié le 1^{er} octobre 2025.
- Guyard, Laurence, 2010, « Chez la gynécologue: apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines », *Ethnologie française*, 40, 67-74.
- Hudson, Nicky, 2021, « The missed disease? Endometriosis as an example of "undone science" », *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 14, 20-27.
- Jones, Cara, 2015, « Wandering wombs and "female troubles": The hysterical origins, symptoms, and treatments of endometriosis », *Women's Studies*, 44 (8), 1083-1113.
- Koechlin, Aurore, 2021, « Comprendre le retard diagnostique de l'endométriose. Le rôle des gynécologues et de la consultation gynécologique ordinaire », communication lors des *Journée d'étude Endométriose et inégalités*, Maison des sciences de l'Homme Paris Nord.
- Laws, Sophie, 1990, *Issues of blood: The politics of menstruation*, Londres: Macmillan.
- Lignier, Wilfried, 2023, *La société est en nous: comment le monde social engendre des individus*, Paris: Seuil.
- Mardon, Aurélia, 2011, « Honte et dégoût dans la fabrication du féminin: l'apparition des menstrues », *Ethnologie française*, 41, 33-40.
- Mardon, Aurélia, 2009, « Les premières règles des jeunes filles: puberté et entrée dans l'adolescence », *Sociétés contemporaines*, 75 (3), 109-129.
- Markovic, Milica, Manderson, Lenore et Warren, Narelle, 2008, « Endurance and contest: Women's narratives of endometriosis », *Health*, 12 (3), 349-67.
- Menesson, Christine, Visentin, Sylvia et Clément, Jean-Paul, 2012, « L'incorporation du genre en gymnastique rythmique », *Ethnologie française*, 42 (3), 591-600.
- Mérienne, Alexandra, 2024, *Le stigmaté menstruel: pratiques et socialisation de femmes parti-*

Apprendre à souffrir en silence. L'incorporation du genre à l'adolescence à travers la socialisation familiale et médicale aux douleurs menstruelles

Lise Laudren

cipant à des collectifs autour des menstruations, thèse de sociologie, Université Bourgogne Franche-Comté.

Millepied, Anne-Charlotte, 2024, *Composer avec l'endométriose : parcours de femmes et travail médical aux prises avec une entité problématique*, thèse de doctorat en sociologie, Paris, EHESS.

Quagliariello, Chiara et **Topçu**, Sezin, 2021, « La périurale, un non-choix ? Ethnographie des formes de résistance à une innovation "miracle" », *Anthropologie & Santé*, 23, en ligne.

Quéré, Lucile, 2022, « Repousser les frontières des normes corporelles et sexuelles : effets de l'engagement dans le *self-help* féministe sur la sphère intime », *Sociétés contemporaines*, 126, 93-119.

Ruault, Lucile, 2023, *Le spéculum, le canule et le miroir. Avorter au MLAC, une histoire entre féminisme et médecine*. Paris : ENS éditions.

Ruault, Lucile, 2021, « Apprendre à (s')avorter. À propos des modes d'élaboration et de valida-

tion des savoirs dans des groupes profanes de pratique abortive militante », *Zilsel*, 9 (2), 257-270.

Seear, Kate, 2009, « The etiquette of endometriosis: Stigmatisation, menstrual concealment and the diagnostic delay », *Social Science & Medicine*, 69 (8), 1220-27.

Shafrir, Amy, **Farland**, Leslie, **Shah**, Divya, **Harris**, Holly, **Kvaskoff**, Marina, **Zondervan**, Krina, et **Missmer** Stacey., 2018, « Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review », *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 51, 1-15.

Topçu, Sezin, 2023, « Savoirs et ignorances disputés des médicaments "détournés" en gynécologie-obstétrique », *Revue d'Anthropologie des Connaissances*, 17 (3), en ligne.

Young, Kate, **Fisher**, Jane et **Kirkman**, Maggie, 2019, « "Do mad people get endo or does endo make you mad?": Clinicians' discursive constructions of medicine and women with endometriosis », *Feminism & Psychology*, 29 (3), 337-356.