



Conférence - Douleur chronique et endométriose

Approche sociologique de la douleur qui dure : éclairages sur les effets du genre et de l'incertitude

Luna Arbassette

Doctorante en sociologie

Cermes3 – Université Paris Cité



Introduction

La douleur chronique : un problème de santé majeur → 42% de la population française
(enquête PREVADOL 2025, Fondation ANALGESIA)

Approche bio-psycho-sociale de la douleur mais la dimension sociale reste peu intégrée

Les conditions sociales façonnent :

- les facteurs de risque,
- la probabilité de chronicisation,
- les conséquences psychologiques, sociales et économiques,
- les modalités de prise en charge,
- l'expérience intime de la douleur.



Variables : profession, niveau d'études, **genre**, âge, conditions matérielles.





Pourquoi parler du genre ?

Genre ≠ sexe biologique : rôles, attentes et comportements socialement associés aux femmes et aux hommes → un rapport social qui organise les relations, assigne des identités et des positions

L'endométriose touche quasi exclusivement des femmes et concerne des organes/fonctions associés à la féminité

Plus largement, les femmes sont surreprésentées : 57 % des personnes douloureuses chroniques, 15 % migraineuses (vs 7 % des hommes) et 2/3 des personnes atteintes de fibromyalgie.

→ Ces écarts ne sont pas uniquement biologiques : des facteurs sociaux contribuent à cette distribution, mais restent peu étudiés et peu pris en compte.

Bereni L, Chauvin S, Jaunait A, Aucante Y, 2020 ; Introduction aux études sur le genre. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur
Baromètre de la Douleur 2025, Enquête PREVADOL 2025, OFDA et OpinionWay
Inserm. (2017). Douleur · Inserm, La science pour la santé. Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/douleur/>



Genre et facteurs de risque : le rôle du travail

La pénibilité est davantage pensée au masculin (efforts lourds, risques physiques, environnement dangereux) → les douleurs des femmes sont rarement interprétées comme liées aux conditions de travail

Des expositions différentes, les femmes plus exposées aux TMS.

Ségrégation professionnelle : femmes principalement employées et PI, au contact du public (soins médicaux ou prise en charge des enfants), hommes plutôt dans les tâches techniques ou de direction + même métier, tâches différentes selon le genre



2/3 du travail domestique assuré par les femmes

→ temps total de travail (rémunéré + non rémunéré) supérieur à celui des hommes

Avril, C., & Marichalar, P. (2016). Quand la pénibilité du travail s'invite à la maison: Perspectives féministes en santé au travail. *Travail et emploi*, 147(3), 5-26.

Algava É., Vinck L. (2015), « Contraintes physiques, prévention des risques et accidents du travail. Enquêtes Conditions de travail », *Synthèse.stat'*, no 10

Messing K. (2014), « Genre, sexe, bien-être, conditions de travail et interface travail/famille dans l'enquête Ecotest », in Bercot R. (dir.), *La Santé au travail au prisme du genre : épistémologie, enquêtes et perspectives internationales*, Toulouse, Octarès, pp. 25-48.

Champagne C., Pailhé A., Solaz A. (2015), « Le temps domestique et parental des hommes et des femmes : quels facteurs d'évolution en 25 ans ? », *Économie et statistique*, no 478-479-480, pp. 209-238.



Genre et prise en charge médicale de la douleur

Le genre n'agit pas seulement sur les risques d'exposition à la douleur : il structure aussi la relation de soin et les trajectoires thérapeutiques.

La douleur des femmes a tendance à être plus souvent : minimisée, disqualifiée, psychologisée.

Conséquences thérapeutiques :

- prescriptions plus fréquentes de psychotropes/anxiolytiques ;
- retards diagnostiques, prise en charge moins adaptée.



Schäfer, G., Prkachin, K. M., Kaseweter, K. A., & Williams, A. C. de C. (2016). Health care providers' judgments in chronic pain : The influence of gender and trustworthiness. *Pain*, 157(8), 1618-1625.

Paganini, G. A., Summers, K. M., ten Brinke, L., & Lloyd, E. P. (2023). Women exaggerate, men downplay : Gendered endorsement of emotional dramatization stereotypes contributes to gender bias in pain expectations. *Journal of Experimental Social Psychology*, 109, 104520.

Zhang, L., Losin, E. A. R., Ashar, Y. K., Koban, L., & Wager, T. D. (2021). Gender Biases in Estimation of Others' Pain. *The Journal of Pain*, 22(9), 1048-1059. Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). "Brave Men" and "Emotional Women" : A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Research and Management*, 2018(1), 6358624.

L'endométriose : la production sociale de l'incertitude

L'endométriose est aujourd'hui reconnue et visible, mais reste fortement marquée par l'incertitude. Cette incertitude est aussi socialement construite : des représentations et mythes ont participé à rendre l'endométriose méconnue.

- Le « corps menstrué » a été historiquement décrit comme instable, vulnérable ou pathologique
- « Career women's disease »
- Contexte de normalisation des douleurs menstruelles

Entretien avec Manon, septembre 2025 : « *Vous disiez que vous aviez quand même des cycles très douloureux, enfin des règles très douloureuses. – Oui, quand j'étais...de l'adolescence, au niveau du collège, oui. – Et vous aviez déjà consulté pour ça ou non ? – À l'époque, non. Malheureusement, j'avais vu une première gynécologue quand j'ai eu mes règles, qui m'a suivie, tout ce qu'il y a de plus normal, mais qui, je pense malheureusement, ne s'est pas posé plus de questions. En tant que femme, on nous a toujours appris – enfin moi on m'a toujours appris – que les règles, c'est douloureux, c'est normal. Je ne pense pas que ça doit être au point de se tordre de douleur. Certes, c'est désagréable, parce que ça fait partie du cycle de la vie. »*





L'endométriose : la production sociale de l'incertitude

Association forte menstruations ↔ endométriose

HAS 2017 : endométriose = « *maladie directement causée par les règles* » → un cadrage biomédical centré sur les menstruations

⇒ Invisibilisation des autres symptômes (douleurs digestives, troubles urinaires, migraines, états dépressifs) et d'autres registres d'explication notamment environnementaux (pesticides, perturbateurs endocriniens)



Diagnostic tardif ≈ 7 ans en moyenne, avec fortes inégalités sociales d'accès aux soins.

Hudson, N. (2022). The missed disease? Endometriosis as an example of 'undone science'. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 14, 20-27.

Strange, J.M., (2000). Menstrual fictions: languages of medicine and menstruation, c. 1850–1930. *Women's Hist. Rev.* 9, 607– 628

Wood, R., Guidone, H., Hummershoj, L., no date. Myths and misconceptions in endometriosis.

Seear, K., (2014). *The Makings of a Modern Epidemic: Endometriosis, Gender and Politics*. Ashgate Publishing Limited, Farnham.

Nève, M. (2023). « Les règles sont à l'origine de l'endométriose. » Dans Dirigé par M. Coville, H. Morel et S. Tabois *Idées reçues sur les menstruations* Corps, sang, tabou : Corps, sang, tabou (p. 85-90). Le Cavalier Bleu.

Coville, M. (2022). L'endométriose, une fabrique genrée de l'ignorance:Expérience corporelle, technologies médicales et savoirs expérientiels sur l'endométriose. *Communication & langages*, 214(4), 73-89.



Incertitude et usages des médicaments

Enquête PREVA-DOL 2025 :

- 70% des personnes douloureuses chroniques ont une prescription de paracétamol, 51% d'anti-inflammatoires, 27% d'opioïdes, 7% d'antidépresseurs ou d'antiépileptiques et 6% de triptans.
- 87% des individus ont recours à l'automédication et 16% ont recours à un opioïde en automédication

Extrait d'entretien avec Lina, diagnostiquée d'une endométriose et souffrant aussi de douleurs diffuses dans les membres inférieurs, octobre 2025 : « *Avant le diagnostic, je m'automédiétais avec des anti-inflammatoires et du paracétamol codéiné. Chez mes parents on n'aimait pas trop les médicaments, donc au début je faisais des tisanes à la sauge qui ne marchaient pas. Mais quand je suis entrée à la fac, je ne pouvais plus manquer les cours ou le travail, donc j'ai commencé à prendre des antalgiques. J'ai été diagnostiquée très tard, et du coup, donc, je m'automédiétais. Après, à partir du moment où il y a le diagnostic...enfin, à partir du moment où j'ai pris la pilule, je n'ai plus voulu prendre de paracétamol codéiné parce que ça me constipait vraiment et ça me causait des troubles digestifs et des nausées. Et donc, j'ai continué un peu en automédication sur les anti-inflammatoires et aussi des benzodiazépines qui me détendaient un peu, qui étaient prescrits par mon psy pour un problème psy.* »



L'effet paradoxal des antidouleurs

Les médicaments deviennent un moyen de « tenir » : aller travailler, fonctionner, cacher la douleur → maintien de l'ordinaire

Effets du genre : invisibilité des douleurs et stigmate de la « fainéante », inégalités de genre au travail, charge domestique et rôle d'aidante (70 % des aidants sont des femmes).

Les médicaments permettent de tenir... mais leurs effets secondaires peuvent empêcher de tenir.

Fatigue, somnolence, difficulté à se concentrer, sensation d'être « shootée » → nouveau travail de gestion, balance entre la douleur et les effets secondaires des médicaments.



Exposition à un double stigmate : douleur invisible → suspicion d'exagération / médicaments visibles → suspicion d'abus.



Pour conclure

La douleur chronique est une expérience socialement située.

Le genre structure l'exposition aux risques, les trajectoires médicales, les usages médicamenteux.

Mais le genre est à croiser avec d'autres variables, les femmes ne constituent pas un groupe homogène, les inégalités se cumulent : une plus forte prévalence de la douleur chronique dans les classes populaires.

Des recherches récentes en sciences sociales sur l'endométriose :

- Anne-Charlotte Millepied : travail médical et trajectoires médicales des femmes atteintes d'endométriose.
- Margaux Nève : inégalités sociales et production d'ignorance dans l'endométriose.
- Lise Laudren : endométriose, familles, socialisations corporelles.