BEL Aurora LOPEZ RODRIGUEZ

Bioethique Et Liberté Avril 2017

Le Syndrome prémenstruel (SPM)

Cette étude vise à s’interroger sur le syndrome prémenstruel (SPM) comme exemple de mécanisme utilisé dans notre société actuelle pour transformer le sexe féminin en genre.

C’est à dire, s’appuyer sur les spécificités physiologiques de la femme pour en faire une production sociale convenue. Dans un premier temps, nous ferons l’hypothèse selon laquelle le genre est une construction artificielle et non essentielle. Pour cela, une attention particulière sera accordée à la représentation du corps féminin imposée par les philosophes et les médecins dans l’histoire, jusqu’à nos jours, où le SPM, dans une forme sévère, a intégré les classifications américaines et internationales comme trouble mental. Il y a donc un intérêt particulier à porter attention à la nosologie[[1]](#footnote-2) psychiatrique actuelle qui induit des traitements médicamenteux et qui s’appuie sur des mesures d’observation contaminées par ces mêmes catégories. Dans un deuxième temps, la différence de psyché liée au genre sera envisagée comme une construction qui serait le reflet de la domination masculine. Ce point sera éclairé par des regards sociologiques, philosophiques et médicaux.

Il n’y a pas de définition consensuelle du SPM. Il est décrit comme un ensemble de symptômes physiologiques (maux de ventre, fatigue prononcée, seins sensibles, maux de tête…, ) et psychologiques (sautes d’humeur, irritabilité) qui apparaissent durant la dernière semaine de la phase lutéale du cycle menstruel de la femme, qui a lieu entre l’ovulation et la période menstruelle. Ces symptômes s'améliorent au début de la phase folliculaire. Ils touchent entre 70 et 80% des femmes menstruées. Depuis 2013, la nosologie psychiatrique s'est emparée d’une forme sévère de ce syndrome, le trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) qui est classé parmi les troubles dépressifs. Il toucherait 3 à 8% des femmes menstruées.

Il semble intéressant d’étudier ce nouveau diagnostic et d’examiner une possible influence de l’héritage de représentations du corps et du psychisme de la femme à travers l’histoire, ainsi que les traitements qui sont proposés aux femmes à l’époque actuelle.

Foucault montre que l’idée de lier troubles menstruels et troubles psychiques est très ancienne[[2]](#footnote-3). Depuis Hippocrate et Platon, la mobilité de l’utérus était considérée comme la cause des maladies des femmes. La matrice était perçue comme « un animal vivant et perpétuellement mobile ». Elle pouvait remonter jusqu’à la poitrine, voire la tête et provoquer une agitation incontrôlable des désirs chez celles qui n’avaient pas la possibilité de les satisfaire ni la force de les maîtriser. Cette image a permis ensuite de ramener à l’hystérie, parfois confondue avec l’hypocondrie, un ensemble de symptômes que présentaient certaines femmes autour de leur période de menstruations. Jusqu’au XVIII siècle, l’hystérie est perçue comme des puissances inférieures surtout chez la femme, qui sont soumises à des contraintes et se mettent à bouillonner répandant le désordre dans tout le corps. Ce serait « l’effet d’une chaleur interne qui répand à travers tout le corps une effervescence, une ébullition, sans cesse manifestée dans des convulsions et des spasmes »[[3]](#footnote-4). Pour certains experts cette chaleur était humide, pour d’autres au contraire elle était complètement sèche.

C’est au cours du XVIII siècle que la notion d’hystérie entre dans le domaine de la folie passant d’une dynamique dans le corps à une morale de la sensibilité. Le mouvement chaotique de l’hystérie peut pénétrer un corps qui est solide et continu parce que les femmes « ont une constitution plus délicate, moins ferme, qu’elles mènent une vie plus molle, et qu’elles sont accoutumées aux voluptés ou commodités de la vie et à ne pas souffrir»[[4]](#footnote-5). Les médecins essaient de décrire le « corps intérieur » de la femme sur lequel convergent leur imagination et certaines valeurs morales. Les représentations des théoriciens vont se plier à une vision éthique. D’après Whytt, les femmes ont une sensibilité interne plus importante car la matrice, avec le cerveau, est l’organe qui entretient le plus de sympathies avec tout l’organisme. Il cite comme exemple « le mal de tête ; la chaleur et les douleurs au dos, les coliques des intestins qui se font sentir lorsque le temps de l’écoulement des règles approche»[[5]](#footnote-6)

L’hystérie est dorénavant non seulement assimilée à une maladie mentale à cause de laquelle l’esprit du malade devient aveugle à l’excès de sa sensibilité, mais aussi une faute car la maladie est le châtiment d’un mal moral.

Pour Foucault, l’hystérie est à l’origine de la « psychiatrie scientifique » du XIXème siècle.

Le syndrome prémenstruel est décrit pour la première fois en 1931 par le docteur R. Frank[[6]](#footnote-7).

Dans les années 1950, la Dre. Katherina Dalton ouvre la première clinique consacrée au SPM. Elle pense que ce syndrome est lié à un déséquilibre du métabolisme des hormones corticostéroïdes qui induirait des changements dans la concentration des ions de sodium et de potasium dans le sang. Ces modifications entraineraient une rétention d’eau dans les tissus. Le traitement par la progestérone résoudrait ce problème physiologique.

En 1980, la Dre. Dalton témoigne dans un procès pour réduire la responsabilité juridique d’une accusée qui souffrait de ce syndrome.

Ces opinions ont été contestées et la corrélation entre le niveau de progestérone dans le sang et la gravité des symptômes du SPM n’a pas été prouvée. Avec l’intention de soulager les femmes, celles-ci apparaissent ainsi comme étant périodiquement faibles et instables, assujetties à des changements d’humeur et dotées d’une capacité de travail moindre que les hommes[[7]](#footnote-8).

A partir de 1983, l’Association américaine de psychiatrie (APA) considère les symptômes psychiques du syndrome prémenstruel. L’intégration de cette catégorie dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)* a soulevé d’importantes controverses. C’est pourquoi, le SPM figure seulement en annexe dans la troisième et la quatrième version de ce manuel qui ont été publiées en 1987 et 1994 respectivement. Dans la cinquième version du DSM apparue en 2013, le trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) apparaît au même titre que les troubles dépressifs.

Le trouble dysphorique prémenstruel est référencé sous le terme de « trouble affectif de l'humeur » dans la [*Classification internationale des maladies*](https://fr.wikipedia.org/wiki/Classification_internationale_des_maladies) (*CIM-10*) qui est très proche du DSM.

Les critères de recherche pour le trouble dysphorique prémenstruel selon l’annexe du DSM-IV sont:

A. Cinq ou plus de ces symptômes ont été présent pendant la phase lutéale :

1. Humeur dépressive marquée, sentiments de désespoir.

2. Anxiété marquée, tensions.

3. Labilité émotionnelle marquée.

4. Colère ou irritabilité marquée.

5. Diminution de l’intérêt pour les activités habituelles.

6. Difficultés à se concentrer.

7. Perte d’énergie marquée.

8. Modifications de l’appétit, envie impérieuse de certains aliments.

9. Insomnie ou hypersomnie.

10. Sentiment d’être débordée, perte de contrôle.

11. Autres symptômes physiques : gonflements de sein, céphalées, douleurs articulaires, prise de poids.

B. La perturbation interfère avec le travail ou l’activité scolaire et les relations avec les autres.

C. La perturbation ne correspond pas seulement à l’exacerbation des symptômes d’un autre trouble.

D. Des évaluations quotidiennes réalisées pendant au moins deux cycles consécutifs doivent confirmer les critères A, B et C.

Des enquêtes et des questionnaires sont également établis à partir des classifications des maladies mentales pour étudier la prévalence des troubles mentaux. Dans le cadre du Baromètre santé de l’Inpes, l’épisode dépressif caractérisé (EDC) a été mesuré.

Lessymptômes principaux de l’EDC sont:
– vivre une période d’au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé́ ou sans espoir, pratiquement toute la journée, presque tous les jours ;
– vivre une période d’au moins deux semaines consécutives en ayant perdu intérêt pour la plupart des choses, pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

Les symptômes secondaires :
– se sentir épuisé ou manquer d’énergie plus que d’habitude ;
– avoir pris ou perdu au moins cinq kilos ;
– avoir plus que d’habitude des difficultés à dormir ;
– avoir beaucoup plus de mal que d’habitude à se concentrer ;
– avoir beaucoup pensé à la mort ;
– avoir perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir.

Comme le montre le tableau, la prévalence en 2005 et 2010 est environ deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes[[8]](#footnote-9). Les femmes souffrant de trouble dysphorique prémenstruel sont sans doute répertoriées dans ce tableau car cette maladie est considérée comme un désordre mental.

**Prévalence au cours des douze derniers mois de l’épisode dépressif caractérisé en population générale en France à partir des Baromètres santé 2005 et 2010.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Hommes**  | **Femmes**  |
| **2005**  | **2010**  | **2005**  | **2010**  | **2005**  | **2010**  |
| n=16883  | n=8238  | n=7078  | n=3686  | n=9805  | n=4552  |
| (%)  | (%)  | (%)  | (%)  | (%)  | (%)  |
| **Total 15-75 ans**  | 7,8  | 7,8  | 5,1  | 5,6  | 10,4  | 10,0  |
| **15-19 ans**  | 7,0  | 6,4  | 4,5  | 3,7  | 9,7  | 9,3  |
| **20-34 ans**  | 9,1  | 10,1  | 6,4  | 7,0  | 11,9  | 13,2  |
| **35-54 ans**  | 8,9  | 9,0  | 5,4  | 7,3  | 12,3  | 10,7  |
| **55-75 ans**  | 5,3  | 4,7  | 3,6  | 2,6  | 6,8  | 6,6  |

L’apparition de ces troubles coïncide avec la commercialisation des « nouveaux » médicaments[[9]](#footnote-10). Les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont des médicaments donnés aux femmes qui souffrent de SPM ou TDPM. Ils peuvent rétablir l'équilibre de certaines substances chimiques du cerveau appelées neurotransmetteurs[[10]](#footnote-11).

Le « Sarafem » est un médicament utilisé pour le TDPM, surtout à partir de 2000. Son composant, la fluoxétine est un ISRS. Il s’agit en fait du Prozac présenté en rose et mauve, couleurs plus « adaptées » pour les femmes. Quand le brevet de la fluoxétine arriva à son échéance, l’entreprise pharmaceutique qui le commercialisait obtint un nouveau brevet pour le TDPM. Ce médicament a des effets secondaires importants :

anxiété, baisse de la pulsion sexuelle, troubles gastriques, diarrhée, diminution de la capacité sexuelle, nervosité, étourdissements, faiblesse, fatigue, maux de tête, nausée, réduction de l'appétit, sécheresse de la bouche, somnolence, sudation accrue, hypoglycémie (faible taux de sucre sanguin), …la plupart des effets secondaires évoqués ne surviennent pas très souvent mais ils pourraient cependant engendrer de graves problèmes en l’absence de soins médicaux[[11]](#footnote-12).

Des recherches sont nécessaires pour légitimer la commercialisation de ces médicaments car leur utilisation est très contestée. Ainsi, Hugin-Flores et Steimer concluent que seulement 5% de femmes souffrent de TDPM parce qu’elles ont une « susceptibilité » particulière aux variations hormonales. Cette vulnérabilité pourrait être d’origine génétique. Le changement hormonal n’est plus la raison du trouble mais plutôt une « sensibilité » de certaines femmes à cette variation.

Laura Piccand souligne que ces chercheurs ont réalisé des essais positifs avec la fluoxétine, envisageant ensuite l’implication de neurotransmetteurs (particulièrement la sérotonine) dans l’étiologie[[12]](#footnote-13) du trouble dysphorique prémenstruel. Elle rappelle que la recherche médicale arrive généralement à isoler une cause (un virus, une bactérie, …) alors que la psychiatrie ne trouve pas de « témoin diagnostique fiable » pour trouver la cause biologique aux troubles mentaux. En effet, Hugin-Flores et Steimer écrivent que «le traitement par des inhibiteurs spécifiques de la recapture de sérotonine (ISRS) s’est avéré́ être le plus efficace à ce jour, ce qui suggère une implication du système sérotoninergique dans le TDPM»[[13]](#footnote-14)

Mais, quel pourrait être le rôle de la biologie dans la construction de cette maladie mentale ? La vulnérabilité aurait-t-elle un sexe ? Le cerveau où se situe la région la plus sensible aux hormones, l’hypothalamus, aurait-t-il un sexe ?

Certains chercheurs postulent qu’il existe d'importantes différences entre les hommes et les femmes au niveau du cerveau, du comportement et de la santé mentale. C’est le cas du chercheur Adrianna Mendrek de l’ Université de Montréalqui a étudié la fonction cérébrale des schizophrènes, et en particulier les différences entre les sexes. Pour Adriana Mendrek, il faut étudier séparément les deux sexes pour ne pas limiter les possibilités de traitement. Le risque de ne pas faire des différences est d’aboutir à des fausses généralisations[[14]](#footnote-15).

D’autres chercheurs, comme la neurobiologiste Catherine Vidal, affirment que nous avons tous des cerveaux différents. Le cerveau fabrique constamment de nouvelles connexions entre neurones grâce à ses propriétés de « plasticité »[[15]](#footnote-16). Chacun de nous va construire sa propre façon de vivre, d’homme ou de femme. Sans nier le rôle des hormones dans la reproduction, elle dénonce les préjugés autour de l’influence des hormones sexuelles sur les états d’âme des femmes. Il n’est pas possible d’expliquer la dépression, nervosité, agressivité chez la femme seulement par les hormones car il y a une multitude de facteurs de l’environnement qui affectent les états d’âme. Les femmes ne sont pas des robots influencées par des cycles hormonaux. Chaque femme vit son cycle menstruel de façon personnelle. Cependant, l’effet des hormones sert fréquemment comme argument pour expliquer les différences de comportement entre hommes et femmes. Cela est une vision simpliste très éloignée de la réalité biologique et impossible à prouver. Il faut replacer les recherches scientifiques dans leurs contextes. Le chercheur dénonce par exemple des recherches au service de l’idéologie créationniste. Pour Catherine Vidal, les attitudes sont tellement intériorisées qu’elles sont reproduites inconsciemment.

Ces attitudes intériorisées, sont-elles le fruit d’une volonté de domination ? La hiérarchie entre les sexes jouerait-elle un rôle dans les arguments du déterminisme biologique ?

Pour Michael Stolberg, le syndrome prémenstruel est décrit depuis des centaines d’années, 95% des femmes menstruées souffrent ces symptômes qui ont suscité des interventions thérapeutiques énergiques comme des saignés ou l’administration d’opium au XVIII et XIX siècles.

L'émergence de nouveaux concepts fondamentaux à travers l’histoire, comme la circulation sanguine ou l'importance du système nerveux, ont encadré la perception du trouble prémenstruel, qui a été soumis à un large éventail d'influences sociales et culturelles, parmi lesquelles des questions comme les relations entre les sexes ne jouent pas nécessairement un rôle important. « Le corps de la femme n'est pas un morceau passif de chair dans lequel le discours dominant des élites puisse inscrire librement son idéologie, ni un miroir intemporel où l'historien puisse commodément suivre le travail de l'âme »[[16]](#footnote-17). Ainsi, Stolberg pense que l'intérêt médical pour les souffrances prémenstruelles était motivé essentiellement par les plaintes des femmes en premier lieu.

En effet, certaines femmes sont soulagées de pouvoir mettre un nom à leur souffrance. Ainsi, des témoignages comme celui-ci donneraient raison au professeur Stolberg : « Il y a quelques années, on m'a diagnostiqué une maladie appelée trouble dysphorique prémenstruel (TDPM). Le nom ne me disait pas grand-chose, mais je pensais: « Comme je suis chanceuse, je ne suis pas folle! Ce qui m’arrive a un nom! »[[17]](#footnote-18).

Pour Bourdieu, la violence symbolique fonctionne grâce à la reconnaissance par les dominés de l’ordre social établi par les dominants. En même temps, il y a un mécanisme de méconnaissance du caractère aliénant de cet ordre arbitraire. Les dominés utilisent les catégories construites par les dominants les considérant comme naturelles. Cela conduit, d’après le sociologue, à « une auto-dépréciation ou un auto-dénigrément systématique »[[18]](#footnote-19).

Les femmes pour lesquelles chaque cycle apporte des souffrances n’ont pas beaucoup de choix. Elles doivent faire confiance au personnel soignant, des psychiatres pour les cas sévères. Pour avoir les médicaments anti douleurs ou un traitement, elles sont obligées d’accorder un consentement a priori à l’autorité médicale. Elles doivent remplir quotidiennement des questionnaires en évaluant entre 0 et 3 une trentaine de données comme le manque de confiance en soi, la dévalorisation de soi, l’autodépréciation, la méfiance, le sentiment d’insécurité, la prise de poids… pour aboutir à un diagnostic de « trouble affectif de l’humeur  ».

Sylviane Agacinsky nous rappelle dans *Femmes entre sexe et genre* les mots de John Stuart Mill en 1869: « Les hommes ne veulent pas seulement l’obéissance des femmes, ils veulent être maîtres de leurs sentiments. Ils ont donc tout mis en œuvre pour asservir leurs esprits»[[19]](#footnote-20) Ou encore : « ce que l’on appelle aujourd’hui la nature des femmes est quelque chose d’éminemment artificiel, résultant d’une répression forcée par certains côtés et d’une stimulation contre nature par d’autres»[[20]](#footnote-21)

Le trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) semble une construction élaborée par les psychiatres américains fondée sur la vulnérabilité des femmes, au même titre que l’homosexualité qui apparaissait dans les premières versions du DSM comme trouble mental. L’homosexualité est rayée de la liste des désordres mentaux en 1974. A partir de ce moment-là, la perturbation de l’orientation sexuelle concerne seulement ceux qui ne sont pas satisfait et qui se jugent eux-mêmes « malades ». L’homosexualité ego-dystonique est supprimée du DSM III en 1987. Selon Malick Briki, ce qui faisait souffrir les homosexuels étaient « *les préjugés qui l’entouraient, renforcés par le diagnostic d’homosexualité »[[21]](#footnote-22). Ce* docteur en médecine, psychiatre et psychothérapeute, considère que l’homosexualité n’aurait pas dû être cataloguée comme une maladie car cela a contribué à la stigmatisation des homosexuels. En outre, l’homophobie sociale, familiale ou intériorisée par les homosexuels a été renforcée. Cela provoque du rejet de soi et peut conduire à la dépression, voire au suicide.

L’homosexualité n’apparaît plus dans l’actuelle classification américaine des maladies mentales, le DSM V, ni dans la version internationale, [*Classification internationale des maladies*](https://fr.wikipedia.org/wiki/Classification_internationale_des_maladies) (*CIM-10*).

Il est intéressant d’évoquer la façon dont l’Association américaine de psychiatrie (APA) a décidé d’exclure l’homosexualité du catalogue de troubles mentaux. En avril 1974, 58% de psychiatres votèrent pour la suppression de l’homosexualité de cette liste. L’homosexualité reste néanmoins un « dysfonctionnement » pour certains psychiatres. La décision d’exclure l’homosexualité de la liste de troubles mentaux par un référendum pose le problème de la définition de la frontière entre « normalité » et « maladie »[[22]](#footnote-23).

D’après la psychiatre et épidémiologiste Viviane Kovess-Masféty, d’une part, la différence entre ce qui est normal et ce qui est pathologique est nécessaire, même si ce n’est pas facile à établir. D’autre part, contrairement aux idées reçues, la fréquence des maladies est restée stable ces dernières années, c’est la demande qui a augmenté.

Les professionnels de la santé mentale utilisent ces classifications (CIM et DSM) pour se repérer. Bien qu’elles soient très critiquées, elles servent de ligne entre ce qui, à un moment donné, semble « pathologique » et ce qui est considéré normal. Cette limite ne réside pas dans la nature même des symptômes, mais « dans leur intensité, leur fréquence, leur durée et surtout l’adaptation de la personne »[[23]](#footnote-24). Les malades aujourd’hui ont un meilleur accès au soin car la psychiatrie est mieux acceptée et les professionnels sont plus disponibles.

Les deux classifications des maladies mentales, le DSM, et la [*Classification internationale des maladies*](https://fr.wikipedia.org/wiki/Classification_internationale_des_maladies) (*CIM-10*) sont très utilisées par un très grand nombre d’acteurs. Cependant elles sont largement critiquées par les anglo-saxons notamment à partir du DSM-IV car leur fiabilité semble satisfaisante seulement pour les pathologies les plus sévères. Deux problèmes majeurs se posent selon ses études : la comorbidité ou souffrance d’un ensemble de troubles mentaux supposés distincts et l’imprécision en pratique clinique de la limite entre le normal et le pathologique[[24]](#footnote-25).

Il est difficile de conclure cette étude avec des certitudes mais de l’«animal vivant» qui pouvait se déplacer dans le corps féminin au «Prozac rose» donné aux femmes pour les soulager, l'histoire semble couler toujours dans le même sens, le mythe de la fragilité des femmes. Il y a une continuité entre «la normalité» et «la pathologie». La limite est un choix sociétal qui est forcément porteur des représentations du corps et susceptible d’évolution dans le temps. Les catégories des troubles mentaux ne concernent pas qu’un petit nombre de femmes mais toutes les femmes qui se voient ainsi figées dans une représentation d’êtres faibles et vulnérables.

L’exemple de l’homosexualité nous incite à rester vigilants pour surveiller des pratiques dans la recherche médicale qui seraient injustes et contraires à l’éthique. De même, la vigilance s’impose face à une possibilité de marchandisation de la psyché des femmes. L’étude sérieuse des textes de qualité sur les connaissances dans le domaine du genre et de la santé semble prioritaire pour se forger une opinion juste et exercer sa propre responsabilité en tant que citoyen et citoyenne.

Enfin, si on propose comme paradigme, qu’il y a à travers le temps dans la population des femmes menstruées trois états possibles sur leur situation et leur ressenti en période menstruelle, pouvant passer de l’un à l’autre selon un continuum d’intensité :

 Equilibre et bien-être psychosomatique

 +/- Mal-être psychosomatique

 Pathologie

Il serait alors pertinent que les femmes ayant un SPM s’orientent vers les médecins gynécologues (dépistage, diagnostic, proposition et orientation thérapeutique), et que celles qui présenteraient une symptomatologie psychiatrique réelle soient alors également vues par des médecins psychiatres, ceci dans une collaboration médicale entre les médecins prenant en charge ces patientes.

**Références bibliographiques**

American Psychiatric Association (2015). DSM-V. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* Paris: Broché 416 p.

AGACINSKI, Sylviane (2012). *Femmes entre sexe et genre.* Seuil, *168 p.*

BADINTER, Elisabeth (1992). XY *De l’identité masculine*. Paris : Odile Jacob, 314 p.

BOURDIEU, Pierre (1998). La domination masculine. Seuil, 168 p.

BUTLER, Judith (2005).Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l’identité. Paris : La Découverte, 284 p.

FOUCAULT, Michel (1972) *Histoire de la folie à l’âge classique*, Gallimard, 688 p.

FRANK, Robert T. (1931). «The hormonal Causes of Premenstrual Tension», *Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 26, pp. 1053-1057.

GONON, F. « Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes » dans *L’Information psychiatrique* 2013, VOL. 89, N◦ 4, 2013, 294 p.

LÖWY, Ilana (2006). *L’emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité*. Paris : La Dispute, 277 p.

MARUANI, Margaret (2005). *Femmes, genre et sociétés. L’état des savoirs.* Paris : La Découverte, 473 p.

PICCAND, Laura (2012) *Du syndrome prémenstruel au trouble dysphorique prémenstruel. Une reconfiguration des représentations sur la vulnérabilité́ des femmes*, Communication Work in Progress en Etudes genre, Université́ de Lausanne, document PDF, 11 p.

STOLBERG, Michael (2000). « The Monthly malady : A history of premenstrual suffering » in *Medical History*, 44, 301-322.

VIDAL, Catherine (2012). *Hommes, femmes, avons-nous le même cerveau ?* Paris : Le Pommier, 58 p.

1. La nosologie est la partie de la médecine qui étudie et qui classe les maladies d'après leurs caractères distinctifs. [↑](#footnote-ref-2)
2. Voir Michel FOUCAULT, « Hystérie et hypochondrie » dans *Histoire de la folie à l’âge classique*, Gallimard, 1972, pp. 351- 374. [↑](#footnote-ref-3)
3. Ibid., p. 355. [↑](#footnote-ref-4)
4. Sydenham, « Dissertation sur l’affection hystérique » *Médecine pratique*, trad. Jault, dans Michel FOUCAULT, *Histoire de la folie à l’âge classique*, Gallimard, 1972, p. 394. [↑](#footnote-ref-5)
5. Ibid., p. 369. [↑](#footnote-ref-6)
6. Robert T. Frank, « The hormonal causes of premenstrual tension » *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1931, volume 26 pp. 2053 à 2057. [↑](#footnote-ref-7)
7. Voir Ilana Löwy, « Le syndrome prémenstruel : déséquilibre hormonal ou problème culturel ? » *L’emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité*, La dispute. pp.149-153. [↑](#footnote-ref-8)
8. François Beck, Romain Guignard,*La dépression en France (2005-2010) :**prévalence, recours au soin et sentiment d’information de la population,* Revue Santé de l'homme, n° 421, 2012-09, pp. 43-45 [↑](#footnote-ref-9)
9. Sarah Marshall, MD médecine familiale, Kirtly Jones, MD - obstétrique et de gynécologie, http://www.medishealth.com/inhibiteurs-specifiques-du-recaptage-de-la-serotonine-isrs-pour-le-spm-et-tdpm/ [↑](#footnote-ref-10)
10. Un neurotransmetteur est une substance chimique fabriquée par l’organisme, et permettant aux cellules nerveuses (neurones) de transmettre l’influx nerveux (message), entre elles ou entre un neurone et une autre variété de cellules de l’organisme (muscles, glandes). [↑](#footnote-ref-11)
11. Pour les effets secondaires de la fluoxétine, voir <http://sante.canoe.ca/drug/getdrug/prozac> [↑](#footnote-ref-12)
12. L'étiologie désigne, dans le langage médical, à la fois l'étude des causes et facteurs d'une maladie et l'ensemble de ces causes elles-mêmes. [↑](#footnote-ref-13)
13. Hugon-Flores, Steimer, « Physiopathologie du trouble dysphorique prémenstruel », Revue Médecine et hygiène, 2002 dans Laura Piccand, *Du syndrome prémenstruel au trouble dysphorique prémenstruel. Une reconfiguration des représentations sur la vulnérabilité́ des femmes*, Communication Work in Progress en Etudes genre, Université́ de Lausanne, 2012, p. 6. [↑](#footnote-ref-14)
14. Adrianna Mendrek, **«**Les différences entre les sexes et les genres dans la recherche en santé mentale », *L'influence du genre et du sexe : Un recueil de cas sur la recherche liée au genre, au sexe et à la santé,* Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2012, pp. 1-8 [↑](#footnote-ref-15)
15. Pour la notion de « plasticité » du cerveau, voir Catherine Vidal, *Hommes, femmes, avons-nous le même cerveau ?* , Le Pommier, 2012. [↑](#footnote-ref-16)
16. STOLBERG, Michael, « The Monthly malady : A history of premenstrual suffering » in *Medical History*, 2000, pp. 301-322. [↑](#footnote-ref-17)
17. <http://www.eldiario.es/retrones/Trastorno-Disforico-Premenstrual-TDPM_6_123947607.html> [↑](#footnote-ref-18)
18. Pierre Bourdieu, *La domination masculine*, Ed du seuil, 1998, pp.53-65. [↑](#footnote-ref-19)
19. Sylviane Agacinski, *Femmes entre sexe et genre*, Ed du seuil, 2012, p. 27 [↑](#footnote-ref-20)
20. Ibid., p. 5 [↑](#footnote-ref-21)
21. http://www.slate.fr/story/41351/homosexualite-maladie [↑](#footnote-ref-22)
22. Voir Elisabeth Badinter, « L’homme mutilé », dans *XY de l’identité masculine,* Odile Jacob, Paris, 1992. Dans ce chapitre, Elisabeth Badinter affirme que ce référendum implique un « malaise idéologique » et « une ignorance scientifique ». « Depuis quand la science tranche-t-elle du vrai et du faux par voie référendaire ? » [↑](#footnote-ref-23)
23. Viviane Kovess-Masféty, «  Où commence la pathologie ? » dans *Sciences Humaines Grands Dossiers N° 15 - juin-juillet-août, 2009.*

 *PSY EN MOUVEMENT n° 07062009* [↑](#footnote-ref-24)
24. Voir Gonon F., « Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes » dans *L’Information psychiatrique* 2013, VOL. 89, N◦ 4, 2013, pp.285-289

 [↑](#footnote-ref-25)