

Le Syndrome de l'Utérus Errant Quand la médecine invente des maladies de femmes

Le Syndrome de l'Utérus Errant – Parl.I ASBL

Le Syndrome de l'Utérus Errant

Quand la médecine invente des maladies de femmes (et continue de le faire)

Imaginez un instant. Vous souffrez de douleurs atroces. Vous consultez. Le médecin vous écoute, hoche la tête, puis vous dit avec un sourire bienveillant :
« *C'est dans votre tête, ma bonne dame. Votre utérus se promène dans votre corps et perturbe vos nerfs.* »

Bienvenue en 1900 avant Jésus-Christ. Le diagnostic ? L'hystérie. Le traitement ? Des fumigations vaginales pour « rappeler » l'organe vagabond à sa place.

Maintenant, rassurez-vous : on ne vous fumigera plus les parties intimes en

2025. Mais l'hystérie n'est pas morte. Elle a juste changé de nom, de méthode, et surtout — elle continue de frapper les mêmes patientes.

La maladie qui ne voulait pas mourir

Pendant 4 000 ans, la médecine occidentale a considéré que les femmes étaient fondamentalement malades de leur anatomie. Au XIXe siècle, l'épidémie d'hystérie atteint son paroxysme à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris. Jean-Martin Charcot y photographie ses patientes en pleine « crise » : convulsions théâtrales, postures dramatiques, « attitudes passionnelles ».

Le chiffre qui fait réfléchir : Charcot traitait 90 hommes pour hystérie. À la même période, environ 900 femmes recevaient ce diagnostic. Soit dix fois plus. Étrange coïncidence pour une maladie « naturelle »...

En 1840, le médecin Thomas Laycock écrit sans rougir que l'hystérie est « l'état naturel de la femme ». En 1900, son collègue Paul Julius Möbius publie un traité savant intitulé « *Sur l'idiotie physiologique des femmes* ». Ces théories « scientifiques » servent à justifier l'exclusion des femmes des universités, du vote, et de la citoyenneté médicale.

Mais voici le hic : l'hystérie n'était pas une maladie. C'était un outil de contrôle social. Comme l'analyse la chercheuse Jane Ussher : la psychiatrie sert à « réguler les femmes difficiles ». Vous êtes trop émotive ? Hystérique. Vous vous plaignez trop ? Hystérique. Vous ne correspondez pas à l'idéal de la femme docile ? Hystérique, sans aucun doute.

La métamorphose : de l'hystérie aux « poubelles diagnostiques »

Dans sa thèse à l'Université McMaster, Lily Green démontre que l'hystérie n'a pas disparu — elle s'est transformée en ce qu'elle appelle les « wastebasket diagnoses » (diagnostics-poubelles) genrés. Ces nouvelles étiquettes partagent trois caractéristiques révélatrices :

- Elles concernent surtout des femmes (plus de 70% des cas)
- On les définit par leurs symptômes, pas par leurs causes
- Leur description fait référence à la féminité comme élément central

Les descendants de l'hystérie

Voici les nouveaux noms de l'ancienne hystérie :

- **Trouble somatique** (le favori des médecins pressés)
- **Trouble de conversion** (votre stress se transforme en paralysie, évidemment)
- **Fibromyalgie** (douleurs inexplicables, donc suspectes)
- **Syndrome de fatigue chronique** (vous êtes fatiguée ? C'est psychologique)
- **Trouble borderline** (75% des diagnostics concernent des

femmes)

Même vocabulaire, même mépris, même fonction : expliquer la souffrance féminine par la psychologie quand la médecine ne comprend pas.

« Détends-toi, c'est dans ta tête » : le gaslighting médical en 2025

Le problème n'est pas historique. Il est actuel, massif, et bien documenté. Prenons quelques exemples récents qui donnent froid dans le dos — mais avec le sourire, car il faut bien rire pour ne pas pleurer.

L'attente qui tue (ou qui fait souffrir, au minimum)

Vous allez aux urgences avec une douleur atroce. Vous êtes une femme. Mauvaise nouvelle : vous allez attendre 30 minutes de plus qu'un homme présentant les mêmes symptômes pour recevoir un antalgique. Soit 65 minutes en moyenne contre 49 pour les messieurs.

16 min *de souffrance supplémentaire, juste parce*

que vous êtes une femme.

C'est le temps de lire trois pages d'un roman, ou de regretter

d'être née du bon côté de la statistique.

Dans les services cardiaques, c'est encore plus inquiétant. Une femme de 18 à 55 ans avec douleur thoracique attend 11 minutes de plus pour être vue, est moins souvent considérée comme urgente, et est moins hospitalisée que son voisin masculin — pourtant elle court le même risque d'infarctus.

La « taxe rose » de la douleur

En gynécologie, on appelle cela la « pink tax » : la douleur des femmes est considérée comme normale, donc on ne la traite pas.

Exemple concret : L'insertion d'un stérilet (DIU) provoque une douleur modérée à sévère chez 70% des femmes. Pourtant, seulement 30% des médecins proposent une anesthésie. Le reste du temps ? On vous conseille de « respirer profondément » et de « se détendre ». Imaginez-t-on extraire une dent sans anesthésie en conseillant au patient de se relaxer ?

L'hystéroscopie diagnostique (examen de l'utérus) est souvent pratiquée sans anesthésie, avec des niveaux de douleur de 7 à 9 sur 10. Pour la cystoscopie chez l'homme, 40% des cliniques proposent au moins une sédation. Pour les femmes ? Techniques de relaxation et bonne volonté.

Le biais implicite : quand les médecins voient « trop émotionnel »

Pourquoi ces disparités ? La réponse se cache dans nos cerveaux — plus précisément dans les biais implicites, ces stéréotypes inconscients qui façonnent nos décisions sans que nous en ayons conscience.

Des études montrent que les femmes souffrant de douleur chronique sont perçues comme :

- « Hyper-émotionnelles » (traduction : vous exagérez)
- « Dramatiques » (traduction : vous cherchez l'attention)
- « Peu désireuses de guérir » (traduction : vous aimez souffrir)
- Exagérant leurs symptômes (traduction : on ne vous croit pas)

« Les médecins posent moins de questions aux patientes qu'aux patients. Les symptômes des femmes sont plus souvent attribués à des causes psychologiques. Les femmes reçoivent moins d'exams physiques proposés. »

— Étude observationnelle, 1999. Oui, 1999. Et les choses n'ont pas beaucoup changé depuis.

Résultat ? Une psychiatrisation systématique de la souffrance féminine. Les

femmes sont moins susceptibles de recevoir des antalgiques, plus susceptibles de recevoir des antidépresseurs, et plus souvent orientées vers la thérapie que les hommes présentant des conditions comparables.

Quand le genre rencontre la race

Les biais ne s'additionnent pas — ils se multiplient. Une femme noire décrivant une douleur a 50% moins de chances d'être crue qu'une femme blanche. 50%.

Le saviez-vous ? En 2016, une étude révélait que 50% des étudiants en médecine blancs croyaient au moins une idée fausse sur les différences biologiques entre Noirs et Blancs — comme la croyance que les Noirs ont une peau « plus épaisse » ou des terminaisons nerveuses « moins sensibles ». Ces étudiants sous-estiment systématiquement la douleur des patients noirs.

Autrement dit : être une femme noire avec de la douleur, c'est cumuler deux handicaps dans un système médical qui ne croit déjà pas les femmes en général.

Le coût de ce mépris

Le gaslighting médical a des conséquences concrètes et parfois mortelles :

- Retard de diagnostic : Les patientes avec douleurs chroniques

génitales voient en moyenne 5 à 6 médecins avant d'obtenir un traitement adéquat.

- Abandon des soins : Plus d'une femme sur deux envisage sérieusement d'arrêter de consulter, convaincue qu'aucun médecin ne pourra l'aider.
- Sous-financement de la recherche : Les maladies touchant majoritairement les femmes reçoivent moins de financement que celles touchant les hommes.

Et parfois, cela tue. Par retard de diagnostic, par sous-traitement, par découragement.

Et maintenant ?

Tout n'est pas perdu. Des solutions existent, même si elles demandent une transformation profonde de notre système médical :

Pour un soin qui croit les patientes

- **Former aux biais implicites** : Les professionnels de santé doivent apprendre à reconnaître et défier leurs propres préjugés.
- **Protocoles standardisés sensibles au genre** : La douleur doit être traitée avec les mêmes critères objectifs, quel que soit le sexe du patient.

- **Anesthésie systématique** : Les procédures gynécologiques invasives doivent inclure une anesthésie locale par défaut, comme pour toute autre spécialité.
- **Recherche féminisée** : Inclure des femmes dans tous les essais cliniques et financer la recherche sur les conditions « féminines » au même niveau que les autres.

Mais surtout, et cela ne coûte rien : croire les femmes. Quand une patiente dit qu'elle souffre, quand elle décrit ses symptômes, quand elle insiste que quelque chose ne va pas — la première réponse devrait être l'écoute, pas le doute.

Pour Audrey

Qui méritait qu'on l'écoute plus tôt.

Vider la poubelle

L'hystérie n'est pas un reliquat du XIXe siècle. Elle est partout où une femme se voit dire que sa douleur est « dans sa tête », où une patiente attend plus

longtemps aux urgences, où une jeune femme avec douleur thoracique est moins prise au sérieux qu'un homme.

Comme le résume la chercheuse Lily Green : « *La nature ambiguë des conditions descendant de l'hystérie et leur association avec la féminité incitent les médecins à retourner vers des stéréotypes anciens qui diminuent la souffrance de ces patientes.* »

Il est temps de vider la poubelle — et de commencer par croire les femmes.

Références scientifiques

- Green, L. (2021). *Hysteria and Its Descendants: A History of Gendered Wastebasket Diagnoses* [Thèse de Master]. McMaster University.
<https://macsphere.mcmaster.ca/handle/11375/27346>
- Ussher, J. M. (2013). Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism & Psychology*, 23(1), 69-88.
<https://doi.org/10.1177/0959353512467968>
- Tasca, C., Rapetti, M., Carta, M. G., & Fadda, B. (2012). Women and hysteria in the history of mental health. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 8, 110-119.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3480686/>
- Garb, H. N. (2021). Race bias and gender bias in the diagnosis of psychological disorders. *Clinical Psychology Review*, 90, 102074. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102074>
- Moss, C. et al. (2025). Experiences of Care and Gaslighting in Patients With Vulvovaginal

Disorders. *JAMA Network Open*.

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2833711>

- Elderkin-Thompson, V., & Waitzkin, H. (1999). Differences in clinical communication by gender. *Journal of General Internal Medicine*, 14(2), 112-121.
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1999.00296.x>
- Chen, E. H. et al. (2008). Gender disparity in analgesic treatment of emergency department patients with acute abdominal pain. *Academic Emergency Medicine*, 15(5), 414-418.
- American Heart Association (2022). Women and Black adults wait longer to be seen in the ER for chest pain.
<https://www.heart.org/en/news/2022/05/04/women-and-black-adults-wait-longer-to-be-seen-in-the-er-for-chest-pain>
- Caplan, P. J. (1992). Gender issues in the diagnosis of mental disorder. *Women & Therapy*, 12(4), 25-37.