

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

MÉNOPAUSE ET HORMONOTHÉRAPIE,  
EXPÉRIENCES ET REPRÉSENTATIONS DE FEMMES BABY-BOOMERS

THÈSE  
PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN SOCIOLOGIE

PAR  
CHRISTINE THOËR-FABRE

NOVEMBRE 2005

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mes directeurs de recherche, Monsieur Marcel Rafie, professeur au département de sociologie et Monsieur Joseph Josy Levy, professeur au département de sexologie pour leurs commentaires toujours constructifs, leur grande disponibilité et la confiance dont ils ont fait preuve à mon égard. Sans leur soutien moral et leur éclairage à la fois conceptuel et méthodologique, je n'aurais jamais mené à terme cette entreprise.

J'ai bénéficié dans le cadre de mon doctorat d'une bourse de la Fondation de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et du Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche du Québec (FCAR) qui m'ont été d'un grand soutien pour la mise en route de ce projet. Que ces institutions soient remerciées. J'ai également eu la chance d'obtenir un contrat d'assistante de recherche pendant ma dernière année de thèse, dans le cadre du programme de recherche concertée sur la chaîne des médicaments, financé par le Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH) et dirigé par Catherine Garnier. Je tiens à remercier Madame Garnier, directrice du Groupe d'Etude sur l'Interdisciplinarité et les Représentations Sociales (GEIRSO), pour la confiance qu'elle m'a témoignée et pour ses conseils fort utiles. Je tiens également à exprimer ma gratitude à tous les membres du GEIRSO pour leur accueil chaleureux et notamment à Madame Francine Dufort, professeure au département de psychologie de l'Université Laval, qui m'a permis de mieux comprendre le contexte nord-américain de résistance à la médicalisation de la ménopause.

Je remercie également Marcel Drulhe, Serge Clément et Christine Rolland Dubreuil de l'unité « Epidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques, handicaps » (INSERM U. 558) également membres du laboratoire Cirus-Cieu de l'Université

Toulouse Le Mirail (UMR CNRS 5193), qui au travers de leurs recherches et de leurs réflexions m'ont beaucoup aidée à saisir la complexité du processus de vieillissement.

Je suis également très reconnaissante à l'égard de ma famille qui m'a toujours soutenue dans ce projet. Enfin, je tiens à exprimer mon entière gratitude à toutes les femmes et tous les médecins qui ont bien voulu participer à cette recherche et ont nourri ce travail.

## AVANT-PROPOS

Dans ce texte, le masculin est utilisé comme représentant des deux sexes, sans aucune discrimination et uniquement pour alléger le texte.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX .....	X
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	XI
RÉSUMÉ .....	XII
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I REVUE DE LA LITTÉRATURE .....	6
1.1 LA CONSTRUCTION SOCIALE DE LA MÉNopause.....	7
1.1.1 La ménopause dans la médecine pré-scientifique : le modèle humoral .....	7
1.1.2 La naissance d'une catégorie scientifique .....	8
1.1.3 Découverte des œstrogènes : la ménopause une pathologie carencielle .....	9
1.1.4 Trajectoire d'une thérapeutique souvent remise en cause .....	10
1.1.5 Différents modèles de la ménopause .....	16
1.2 L'EXPÉRIENCE DE LA MÉNopause.....	24
1.2.1 Les symptômes associés à la ménopause dans les sociétés occidentales .....	24
1.2.2 L'impact des variables sociodémographiques .....	26
1.2.3 Attitudes et représentations des femmes à l'égard de la ménopause .....	28
1.2.4 Une transition inscrite parmi d'autres événements sociobiographiques .....	31
1.2.5 Une expérience qui varie selon le contexte culturel .....	33
1.3 LES PRATIQUES DE GESTION DE LA MÉNopause .....	34
1.3.1 L'hormonothérapie : une expansion ralentie par l'étude WHI.....	34
1.3.2 Les traitements utilisés en France et en Amérique du Nord.....	36
1.3.3 Les variables expliquant le recours au traitement hormonal de substitution ...	39

1.3.4	Attitudes, représentations et usages du traitement hormonal de substitution...	45
1.3.5	La prise d'un traitement hormonal : un processus au cœur de l'interaction ....	48
1.3.6	Le recours à des stratégies alternatives de prise en charge de la ménopause...	52
1.4	CONCLUSION.....	53
CHAPITRE II CONTEXTE THÉORIQUE.....		57
2.1	LA NOTION DE REPRÉSENTATIONS SOCIALES.....	58
2.1.1	Les origines de la théorie des représentations sociales.....	58
2.1.2	L'apport de Moscovici.....	60
2.1.3	La nature de l'objet dans la théorie des représentations sociales .....	64
2.1.4	Articulation entre représentations et pratiques .....	65
2.1.5	Des représentations partagées mais pas forcément homogènes .....	67
2.1.6	L'évolution des représentations sociales .....	69
2.1.7	Représentations et expérience du sujet : une articulation à explorer .....	70
2.2	LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DU CORPS, DE LA MALADIE ET DE LA SANTÉ .....	72
2.2.1	Le corps, la maladie et la santé : des objets éminemment sociaux.....	73
2.2.2	Un « nouvel imaginaire du corps ».....	76
2.2.3	L'injonction du « vieillir-jeune ».....	80
2.2.4	Un nouveau rapport à la maladie, à la santé et à l'institution médicale .....	83
2.3	L'EXPÉRIENCE DU VIEILLISSEMENT ET DE LA MALADIE .....	89
2.3.1	Le vieillissement : un processus marqué par les transitions biographiques .....	90
2.3.2	La maladie : un événement social mais aussi personnel .....	96
2.3.3	Les interactions avec le médecin .....	98
2.3.4	Le rapport au médicament .....	101

2.4	CONCLUSION ET PRÉSENTATION DES OBJECTIFS DE RECHERCHE .....	107
2.4.1	OBJECTIF GÉNÉRAL .....	109
2.4.2	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES .....	109
	CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE.....	112
3.1	UNE MÉTHODOLOGIE INSPIRÉE DE LA « THÉORISATION ANCRÉE »....	112
3.2	HISTOIRE D'UNE RECHERCHE.....	116
3.3	DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON.....	118
	3.3.1 Caractéristiques des femmes rencontrées .....	118
	3.3.2 Le recrutement des participantes .....	129
	3.3.3 Caractéristiques et recrutement des gynécologues rencontrées.....	129
3.4	LE DÉROULEMENT DES ENTREVUES .....	130
	3.4.1 Les entretiens des femmes .....	130
	3.4.2 Les entretiens des gynécologues.....	132
3.5	L'ANALYSE DES MATÉRIAUX .....	133
	3.5.1 Retranscription des données et contextualisation des situations d'entretien..	133
	3.5.2 L'émergence des catégories.....	134
	3.5.3 Utilisation d'un logiciel d'analyse thématique.....	145
3.6	CONSIDÉRATIONS DÉONTOLOGIQUES .....	146
	CHAPITRE IV REPRESENTATIONS PROFANES DE LA MENOPAUSE .....	148
4.1	LES DIMENSIONS STRUCTURANT LES REPRÉSENTATIONS DE LA MÉNOPAUSE.....	148
	4.1.1 Les phénomènes biologiques à l'œuvre.....	149
	4.1.2 Les conséquences de la ménopause .....	154
	4.1.3 L'inscription dans le processus de vieillissement .....	176

4.2	CONSTRUCTION D'UNE TYPOLOGIE DES REPRÉSENTATIONS DE LA MÉNOPAUSE.....	188
4.2.1	Différentes représentations de la ménopause .....	189
4.2.2	Les logiques à l'œuvre .....	205
4.3.	CONCLUSION.....	221
	CHAPITRE V .....	225
	REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES PROFANES DE L'HORMONOTHÉRAPIE ...	225
5.1	DIFFÉRENTES REPRÉSENTATIONS DU TRAITEMENT HORMONAL.....	225
5.1.1	Des représentations positives.....	225
5.1.2	Des représentations plus ambivalentes .....	235
5.1.3	Des représentations négatives.....	239
5.2	LES ÉLÉMENTS INFLUANT SUR LES STRATÉGIES DE RECOURS AU THS .....	245
5.2.1	Les représentations de la ménopause .....	246
5.2.2	Le rapport aux médicaments.....	246
5.3	CONCLUSION.....	249
	CHAPITRE VI REPRÉSENTATIONS DE LA MÉNOPAUSE ET DE L'HORMONOTHÉRAPIE : INFLUENCES D'AUTRES ACTEURS.....	252
6.1	DIFFÉRENTS ACTEURS QUI INFLUENCENT LA CONSTRUCTION REPRÉSENTATIONNELLE.....	252
6.1.1	L'entourage social et familial .....	252
6.1.2	Les médias .....	259
6.1.3	Le médecin gynécologue .....	260
6.2	GYNÉCOLOGUES, MÉNOPAUSE ET HORMONOTHÉRAPIE .....	265
6.2.1	Représentations de gynécologues à l'égard de la ménopause .....	266

6.2.2 Représentations de gynécologues à l'égard de l'hormonothérapie .....	274
6.2.3 Les conséquences de la « crise » du THS sur la pratique professionnelle .....	284
6.3 CONCLUSION.....	298
CONCLUSION.....	301
1. PRINCIPAUX APPORTS DE LA RECHERCHE .....	301
1.1 Des représentations de la ménopause centrées sur la variation hormonale....	301
1.2 Représentations de la ménopause et rapport au corps .....	308
1.3 Représentations du THS et rapport au risque .....	309
1.4 Représentations de la ménopause et pratiques du THS : une relation à double sens.....	313
1.5 La ménopause, un objet situé au sein d'un « système représentationnel » ....	315
1.6 L'expérience : une notion qui reste à explorer .....	316
1.7 Resituer les représentations du THS au sein de la « chaîne du médicament »	318
2. LIMITES ET AUTRES PISTES DE RECHERCHE.....	320
APPENDICE A GRILLE D'ENTRETIEN DES FEMMES BABY-BOOMERS.....	324
APPENDICE B GRILLE D'ENTRETIEN DES GYNECOLOGUES.....	328
APPENDICE C EXEMPLES DE PUBLICITÉS POUR LES TRAITEMENTS HORMONAUX DE SUBSTITUTION ET LES PHYTOESTROGÈNES.....	330
BIBLIOGRAPHIE.....	334

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
3.1	Les traitements adoptés par les femmes rencontrées	120
3.2	Description synthétisée de l'échantillon des femmes rencontrées	122
3.3	Description détaillée de l'échantillon des femmes rencontrées	125 à 128
3.4.	Description de l'échantillon des gynécologues rencontrées	130
3.5	Grille d'entretien des femmes baby-boomers	132
3.6	Les dimensions structurant les représentations de la ménopause	137-138
3.7	Les représentations des substances médicamenteuses	138
3.8	Les représentations des traitements de la ménopause	139
3.9	Les modalités de recours et de non recours à l'hormonothérapie	139
3.10	Les figures du gynécologue	140
3.11	Les modalités de réception des risques associés aux THS	140
3.12	Les stratégies de gestion du corps vieillissant et leurs significations	141
3.13	Les modèles corporels et du vieillissement	141
3.14	Les interactions avec les « autres significatifs » au moment de la ménopause	142
3.15	L'identité générationnelle	142
3.16	Les représentations des gynécologues à l'égard de la ménopause	143
3.17	Les représentations des gynécologues à l'égard des traitements de la ménopause	144
3.18	Les modalités de réception et de gestion des risques associés au THS	145

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AFEM	Association Française pour l'Etude de la Ménopause
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
MWS	Million Women Study
THS	Traitement Hormonal Substitutif
WHI	Women Health Initiative
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché

## RÉSUMÉ

La question de la construction de la ménopause par la profession médicale et l'industrie pharmaceutique a suscité beaucoup d'attention depuis une vingtaine d'années, mais la façon dont les femmes issues de la génération du baby-boom vivent et se représentent ce phénomène est moins documentée.

L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre les représentations des femmes françaises à l'égard de la ménopause et du traitement hormonal de substitution (THS), dans un contexte marqué par la publication de deux études, la Women Health Initiative (WHI) et la Million Women Study (MWS), qui ont remis en question l'innocuité de cette pratique (Beral *et al.*, 2003 ; Rossouw *et al.*, 2002). Cette recherche s'intéresse également aux représentations des médecins gynécologues qui semblent constituer une ressource privilégiée pour les femmes au moment de la ménopause.

Nous avons adopté une méthodologie inspirée de la « théorisation ancrée » (Glaser et Strauss, 1967) à base d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de 26 femmes ménopausées ou en voie de l'être, d'origine française, nées entre 1944 et 1950 et vivant dans différents quartiers du grand Toulouse. Nous avons sélectionné des participantes de niveaux d'éducation et de revenus variés, ayant exercé ou exerçant une activité professionnelle. Nous avons également mené, dans une perspective exploratoire, des entretiens semi-dirigés auprès de 8 femmes gynécologues.

Notre analyse met en évidence des représentations des femmes à l'égard de la ménopause centrées autour de la notion de variation hormonale, témoignant d'une large diffusion du modèle biomédical auprès des profanes. Nous avons construit une typologie de ces représentations qui correspond à cinq façons d'appréhender la variation hormonale et ses conséquences sur la santé, la performance, les émotions, la sexualité, l'image corporelle, et à différentes modalités d'inscription dans le processus de vieillissement (la « ménopause contrôlée », la « ménopause effacée », « la « ménopause naturelle », « la ménopause fatalité » et la « ménopause transition-libératrice »). Le rapport à l'hormonothérapie semble également jouer un rôle important, témoignant d'un resserrement de la construction représentationnelle de la ménopause autour de cette thérapeutique. Les représentations des gynécologues sont également centrées sur la baisse de la production hormonale et sur ses conséquences sur la santé physiologique et psychologique des femmes. Celles-ci considèrent également la ménopause comme une transition identitaire plus ou moins difficile à négocier pour les femmes. Si les médecins restent largement favorables à la prescription du THS qui permet de soulager les troubles du climatère, de prévenir le risque d'ostéoporose et protège du vieillissement prématuré, les représentations des femmes à l'égard de ce traitement varient.

Certaines témoignent de représentations positives du THS qui remplit de multiples fonctions. D'autres sont plus ambivalentes à l'égard de ce produit, notamment depuis la publication des résultats des études WHI et MWS. Les dernières adhèrent à une représentation négative du traitement, qui est plus ou moins récente. La médiatisation des risques associés au THS semble en effet avoir provoqué un retour réflexif des femmes sur leur engagement dans l'hormonothérapie, entraînant pour certaines, une modification des pratiques et une prise de distance à l'égard du médecin gynécologue, et plus généralement, du système expert (Beck, 2001 ; Giddens, 1992). Les praticiennes témoignent essentiellement d'une sensibilité accrue au risque médico-légal ; elles considèrent aussi que cette controverse, qui met en évidence l'influence croissante d'autres acteurs (les politiques, les médias, les chercheurs), a eu un impact important sur leur pratique professionnelle.

Cette recherche, qui s'inscrit dans la perspective théorique des représentations sociales, a été l'occasion d'interroger la relation entre les représentations, les pratiques et les expériences. Nos résultats convergent vers un modèle où représentations et pratiques s'engendrent mutuellement (Abric, 1994) et où l'expérience intervient comme médiateur entre la représentation et la pratique. Cette notion d'expérience, qui reste assez peu développée dans la théorie des représentations sociales, semble particulièrement riche parce qu'elle permet d'introduire une temporalité. Elle reste toutefois à explorer et à opérationnaliser. Nos analyses soulignent enfin la nécessité de prendre en compte les différents acteurs avec lesquels les femmes entretiennent des relations symboliques. Ces acteurs, qui se situent tout au long de la « chaîne du médicament » (Garnier, 2003), interviennent à divers degrés dans le processus de construction des représentations de la ménopause et des pratiques qui l'entourent.

Mots clés : MÉNOPAUSE, HORMONOTHÉRAPIE, FEMMES, GYNÉCOLOGUES, REPRÉSENTATIONS SOCIALES

## INTRODUCTION

La ménopause<sup>1</sup> naturelle (non chirurgicale), processus physiologique normal qui touche les femmes autour de la cinquantaine et s'échelonne sur plusieurs années, correspond à l'arrêt de la fonction ovarienne, c'est à dire de la production cyclique d'œstrogènes et de progestérone. On distingue plusieurs étapes<sup>2</sup> : la « péri-ménopause » désigne la période d'irrégularité des menstrues, elle correspond à la diminution de l'activité ovarienne et peut durer jusqu'à quinze ans. Le terme « ménopause » caractérise le phénomène qui survient au moment de la période menstruelle finale, il est attesté rétrospectivement au bout d'un an d'absence de règles. La femme entre alors dans la période dite de « post-ménopause », qui représente un tiers de son existence puisque l'espérance de vie d'une femme de 50 ans est actuellement d'environ trente ans.

Mais la signification de la ménopause dépasse largement la désignation de l'arrêt de la fécondité féminine. Elle est avant tout une « construction sociale », c'est à dire une réalité dont la représentation relève de processus sociaux, culturels et historiques, impliquant différentes catégories d'acteurs (Berger et Luckman, 1966), notamment les milieux scientifiques, le corps médical, l'industrie pharmaceutique, les médias, et les mouvements de femmes. Présentée par les scientifiques et le corps médical comme « une maladie déficitaire », la ménopause renvoie, dans les sociétés occidentales, à différentes pathologies ou risques de pathologies, dont le registre et le nombre varient selon les époques. La représentation de la ménopause s'articule également autour de la prise en charge de cette période (Delanoë, 2001a). La médicalisation de la ménopause et la prescription d'hormones féminines, constituent en effet des enjeux importants tant pour les professionnels de la santé, que pour les institutions sanitaires ou l'industrie pharmaceutique qui commercialise ces produits. La compréhension de la ménopause est aussi à relier au traitement social du

---

<sup>1</sup> Terme issu du grec « mēnos », « mois » (ayant donné « mēniaia » menstrues) et « pausis », « cessation », qui signifie « cessation des menstrues ». Il apparaît dans la langue française en 1823.

<sup>2</sup> Cette terminologie est adoptée en 1996 par l'OMS (WHO, 1996).

processus de vieillissement et à la place des femmes dans nos sociétés. Enfin, cette période a été décrite comme une phase de transition et de réorientation dans la vie des femmes du fait des transformations qui l'accompagnent sur le plan corporel, mais aussi familial, social et économique (Jones, 1994).

En France, rares sont les études qui se sont penchées sur la façon dont les femmes de la génération du baby-boom, qui arrivent à l'âge de la ménopause, se représentent et vivent cette période. La génération du baby-boom ne constitue pas une entité homogène du fait de la diversité des conditions sociales, des styles de vie, des situations familiales et des trajectoires de vie. Elle s'inscrit néanmoins dans un contexte social et historique spécifique, ayant bénéficié de la démocratisation de l'enseignement et connu le plein emploi, situation qui a particulièrement profité aux femmes. De plus, cette génération de la culture de masse a contribué, ou tout du moins assisté, à l'émergence dans les années 1970, de valeurs liées à la beauté, la jeunesse, la santé, la sexualité et l'affirmation de l'individualité, valeurs qu'elle emportera sans doute dans le vieillissement (Sirinelli, 2003).

Les femmes de cette génération ont par ailleurs été marquées par la diffusion de la contraception orale qui a eu un impact très important sur le contrôle des naissances. Cette pratique a favorisé une plus grande égalité entre les hommes et les femmes dans leur rapport à la sexualité et à l'activité professionnelle, même si l'identité féminine reste aujourd'hui encore, largement centrée sur la maternité (Bajos et Ferrand, 2004). A l'étape de la ménopause, nombre des femmes issues de la génération du baby-boom se verront proposer une thérapie hormonale de substitution, sous forme d'œstrogènes ou de combinaison d'œstrogènes et de progestatifs, pour remplacer l'œstradiol et la progestérone que les ovaires ne produisent plus. Cette prescription a pour objectif de rétablir le niveau physiologique des hormones féminines à celui antérieur à la ménopause afin de soulager les manifestations somatiques qui accompagnent l'arrêt de la production ovarienne (notamment les bouffées de chaleur) et de prévenir les risques de pathologies qui lui sont associées. Mais les médicaments ne sont pas de simples substances chimiques. Ils constituent également des objets construits socialement et culturellement. Il apparaît ainsi pertinent de s'interroger sur la signification que revêt pour les femmes ménopausées de la génération du baby-boom,

l'implication (ou la non implication) dans une hormonothérapie de substitution. Cette thérapeutique fait actuellement l'objet d'un large débat. Celui-ci n'est pas nouveau ; le traitement hormonal de substitution (THS) a depuis sa mise sur le marché aux Etats-Unis dans les années 1940, souvent été questionné (Krieger *et al.*, 2005, sous presse). Toutefois, avec la publication de l'étude américaine Women Health Initiative (WHI) en juillet 2002, puis de l'étude britannique Million Women Study (MWS) en août 2003, la controverse a pris de l'ampleur (Beral *et al.*, 2003 ; Rossouw *et al.*, 2002). Ces études mettent en évidence une augmentation des cancers du sein et des accidents cardiovasculaires chez les femmes traitées par combinaison d'œstrogènes et de progestatifs. En France, la diffusion de ces résultats a soulevé une large polémique qui oppose différentes catégories d'experts, d'un côté les cliniciens et plus spécifiquement les gynécologues, et de l'autre, les épidémiologistes et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) (Blanchard, 2003 ; Nau, 2003 ; Perez, 2004). Cette situation de « crise » fournit une occasion particulièrement intéressante d'interroger le rapport des femmes à l'hormonothérapie et de voir si celui-ci a évolué. Dans le cadre de cette recherche, nous tenterons de cerner les représentations des femmes à l'égard de la ménopause et des traitements hormonaux de substitution. Nous nous intéresserons également aux acteurs qui participent de cette construction représentationnelle et plus particulièrement, aux médecins gynécologues.

Afin de saisir les représentations des femmes et des gynécologues à l'égard de la ménopause et de l'hormonothérapie, il nous a tout d'abord paru essentiel de resituer ces objets dans une perspective socio-historique. Aussi, dans un premier chapitre et dans un premier temps, nous nous sommes attachée à dégager les grandes étapes de la construction sociale de la ménopause, qui est depuis le début du siècle intimement liée au développement de l'hormonothérapie. Nous présentons dans un deuxième temps, les principaux travaux traitant de l'expérience de la ménopause, que nous avons distingués selon qu'ils privilégiaient une approche quantitative ou au contraire qualitative et centrée sur le vécu des femmes. La troisième section porte plus spécifiquement sur l'hormonothérapie. Elle fournit des données sur cet important marché pharmaceutique et sur les caractéristiques des femmes qui suivent un THS en France où nous avons réalisé notre terrain. Nous nous sommes également attachée

sur les résultats des études qualitatives qui interrogent le sens que revêt cette pratique pour les femmes ménopausées.

Le chapitre II présente les principaux apports de la théorie française des représentations sociales, cadre qui soutient très largement notre analyse. Nous avons également souhaité resituer notre recherche parmi les travaux qui s'intéressent aux représentations et à l'expérience du corps, de la maladie et de la vieillesse. Ceux-ci mettent en évidence une transformation significative du rapport à ces objets, notamment au corps qui gagne en importance et semble de plus en plus traité comme une ébauche en quête de perfection, témoignant d'une évolution du lien entre l'individu et la société. C'est sur cette base théorique, mais aussi à partir de notre immersion sur le terrain, que nous avons élaboré notre problématique et nos objectifs de recherche.

Afin de dégager le sens de la ménopause et de l'hormonothérapie pour les femmes et les gynécologues, nous avons adopté une méthodologie de recherche qualitative, à base d'entretiens semi-dirigés. Celle-ci s'inspire de l'approche de la « théorisation ancrée » dont nous rappelons les principaux fondements dans le troisième chapitre. Celui-ci présente également le déroulement de la recherche, l'échantillonnage et les procédures d'analyse.

Dans le chapitre IV, nous avons cherché à décrire les éléments qui structurent les représentations profanes de la ménopause et leurs articulations. Sur la base des dimensions dégagées, nous avons construit une typologie empirique qui distingue cinq grandes représentations de la ménopause. Une analyse assez similaire est menée au chapitre V sur les représentations des femmes à l'égard de l'hormonothérapie. Nous avons de plus cherché à savoir en quoi les informations alarmantes diffusées sur ces traitements avaient amené une évolution des représentations qui s'y rapportent.

Le sens que les femmes attribuent à la ménopause dérive en partie des multiples interactions dans lesquelles celles-ci sont impliquées à cette période. Parmi les différents acteurs concernés, que nous passons en revue au chapitre VI, le médecin gynécologue semble jouer un rôle très important. La consultation de ménopause constitue en effet un des lieux

privilégiés de transmission d'un savoir expert sur la ménopause et ses traitements. Aussi avons-nous souhaité recueillir le discours de quelques-uns de ces praticiens afin de disposer d'éléments qui nous permettent de resituer la perspective profane de la ménopause et de ses traitements par rapport à la perspective professionnelle. L'analyse de ces données recueillies auprès de femmes gynécologues se situe encore dans une perspective exploratoire.

## CHAPITRE I

### REVUE DE LA LITTÉRATURE

La construction de la ménopause par la profession médicale et l'industrie pharmaceutique a suscité beaucoup d'attention depuis une vingtaine d'années, notamment de la part d'auteurs nord-américains s'inscrivant dans la mouvance féministe. Ces travaux, qui questionnent la définition de la ménopause comme « pathologie carencielle », sont pour la plupart basés sur l'analyse de documents écrits (traités médicaux, articles scientifiques, ouvrages et articles de vulgarisation médicale).

L'impact physique et psychologique du processus de ménopause a également fait l'objet d'une abondante littérature en Amérique du Nord et en Europe. Ces recherches, qui émanent de différentes disciplines (médecine, épidémiologie, psychologie, anthropologie, sociologie), adoptent pour la plupart une méthodologie quantitative. Elles ont surtout mis l'accent sur l'évaluation des symptômes associés à la fin de la production ovarienne.

D'autres recherches, qui privilégient une approche qualitative et souvent féministe, ont visé à recueillir la parole des femmes sur l'expérience de la ménopause. Elles montrent que l'expérience négative que présente le modèle biomédical n'est pas partagée par toutes les femmes. Les préoccupations et le vécu de la ménopause ne sont pas universels mais semblent influencés par les constructions sociales de cet événement, qui varient considérablement d'une culture à l'autre et en fonction de l'appartenance socio-économique. Ces travaux insistent aussi sur le fait que la ménopause constitue une période de transition inscrite parmi d'autres événements sociaux et biographiques. Si ce courant de recherches concerne principalement l'Amérique et l'Europe du Nord, il fait depuis 2000, l'objet d'un nouvel intérêt en France.<sup>3</sup> A ce titre, la thèse de Delanoë (2001a) sur les usages et les représentations de la ménopause, constitue une contribution importante qui sera présentée de façon détaillée.

De nombreuses études réalisées dans différents pays nord-américains et européens ont également porté sur le recours à l'hormonothérapie de substitution, pratique très répandue au moment de la ménopause (30 à 50% des femmes françaises y aurait recours, AFSSAPS-

---

<sup>3</sup> On citera pour exemple l'atelier « ménopause et culture » animé par Nicoletta Diasio et Nicole Vernazza lors du 3<sup>ème</sup> colloque international d'anthropologie et d'histoire de la médecine « Vivre et se soigner, la vieillesse dans le monde » ayant eu lieu à Gênes en mars 2002 et le colloque sur les « Approches anthropologiques et ethnologiques de la ménopause » qui s'est tenu à l'Université de Metz en juin 2004.

ANAES, 2004). La plupart de ces travaux adoptent une approche quantitative, ils s'intéressent aux facteurs déterminant la prescription de THS et aux éléments motivant la décision des femmes de suivre une hormonothérapie de substitution.

Les travaux abordant le rapport des femmes à l'hormonothérapie dans une perspective qualitative sont par contre encore peu nombreux et presque exclusivement réalisés en Amérique et en Europe du Nord. Ils montrent que le recours des femmes au THS est influencé par leurs attitudes à l'égard de ce traitement et de la ménopause. Certains travaux ont également mis l'accent sur le rôle que jouent le médecin, mais aussi l'entourage et les médias dans la prise de décision entourant le traitement.

## 1.1 LA CONSTRUCTION SOCIALE DE LA MÉNOPAUSE

### 1.1.1 La ménopause dans la médecine pré-scientifique : le modèle humoral

En Europe, le modèle savant pré-scientifique de la ménopause s'inscrit dans la théorie médicale de Galien qui domine jusqu'au milieu du XIXème siècle. Celle-ci est fondée sur une représentation humorale des menstruations auxquelles on attribue un pouvoir bénéfique et équilibrant puisqu'elles permettent d'éliminer les déchets de l'organisme (Delanoë, 1998). Impur lorsqu'il est sécrété par l'utérus, le sang est aussi symbole de vie et de chaleur et les femmes, qui perdent chaque mois ce sang chaud sont considérées plus « froides » que les hommes. C'est sur la base de ces observations du flux menstruel que se fonde d'ailleurs, la classification du masculin (chaud et sec) et du féminin (froid et humide) (Héritier, 1996).

Selon le modèle humoral, à la ménopause, le sang menstruel chargé d'impuretés reste à l'intérieur du corps de la femme et l'empoisonne. Celle-ci est alors réputée venimeuse et dangereuse pour autrui. En Occident, cette représentation va servir de base aux accusations de sorcellerie formulées à l'égard des femmes ménopausées (Delanoë, 1998, Cegarra, 2004). La rétention du sang menstruel a également pour effet de rendre le corps de la femme ménopausée particulièrement « chaud », entraînant de multiples déséquilibres comme les vapeurs (bouffées de chaleur), qui se produisent lorsque le sang menstruel non évacué monte à la tête. Dans certaines sociétés primitives, cette nouvelle « chaleur », qui caractérise les femmes ménopausées, leur permet d'accéder à un statut de quasi-masculinité et à des fonctions plus valorisantes (Héritier, 1996).

A compter du XVIIIème siècle, le caractère dangereux et maléfique de la femme ménopausée est peu à peu abandonné en Occident mais la thèse de la rétention des humeurs nocives reste vivace. La ménopause sera ainsi longtemps considérée comme une période de tous les dangers, marquée par de multiples manifestations somatiques, d'où la dénomination « d'âge critique » (Delanoë, 1998).

### 1.1.2 La naissance d'une catégorie scientifique

A la fin du XVIIIème siècle et pendant le XIXème, la ménopause fait son apparition dans les traités médicaux comme catégorie scientifique. Charles Prosper Louis de Gardanne, médecin français, est le premier à proposer le terme de « ménopause » dans sa thèse d'abord publiée en 1816 puis rééditée en 1821 sous le titre « *De la ménopause ou de l'âge critique des femmes* » (Delanoë, 1998). Ce nouvel intérêt pour la ménopause est né du constat de l'augmentation des métrorragies (saignements d'origine utérine) au moment de la ménopause chez les femmes de l'aristocratie et de la haute bourgeoisie française. Celles-ci pratiquent le coït interrompu à des fins contraceptives. En espaçant les naissances, cette méthode favorise l'apparition de fibromes utérins et occasionne des saignements importants dans les années précédant la ménopause – inconvénients que ne vivent pas les paysannes qui continuent à vivre des grossesses successives. Les médecins associent ces saignements au statut social privilégié des femmes de l'aristocratie et condamnent leurs conditions de vie luxueuses et luxurieuses. Jusqu'au milieu du XIXème siècle, date à partir de laquelle ces méthodes de réduction des naissances se diffusent au sein des classes moyennes européennes, la ménopause reste une pathologie spécifiquement française (Delanoë, 1998).

L'intérêt pour la ménopause s'appuie également sur une nouvelle représentation du corps féminin où le siège de la féminité est déplacé de l'utérus vers les ovaires. Jusque là, les ovaires n'avaient en effet été considérés que comme des testicules féminins. A partir de la deuxième moitié du XIXème siècle, l'ovariectomie permet de mettre en évidence leur rôle dans la menstruation (Delanoë, 1998). Plusieurs traités médicaux européens et américains présentent alors la ménopause comme résultant de l'involution des ovaires. Ils proposent également une description détaillée des troubles climatériques. Dans son ouvrage *The change*

*of life in health and disease*, le médecin irlandais Edward Tilt (1857, cité dans Banks, 2002) identifie pas moins de 135 désordres associés à cet événement. Ces descriptions accordent une place importante aux troubles mentaux. En effet, l'arrêt de la fécondité instaure le risque d'une sexualité sans reproduction, qui est jugée menaçante parce que difficilement maîtrisable par les dispositifs sociaux de l'époque (Diasio, 2004).

### 1.1.3 Découverte des œstrogènes : la ménopause une pathologie carencielle

L'identification du rôle que jouent les ovaires dans la ménopause amène plusieurs médecins à rechercher des moyens de pallier l'arrêt de la production ovarienne. C'est à partir de cette découverte que se mettent en place les premières thérapies à base d'hormones animales. Celles-ci sont popularisées par les expériences de Charles Edouard Brown-Séquart, un médecin français, qui s'injecte en 1889 des extraits de testicules de cobaye et de chien pour prévenir la sénescence. Elles connaissent au départ un certain succès commercial mais se révèlent peu efficaces du fait de la faible quantité d'hormones actives contenue dans ces extraits endocriniens. De ce fait, elles sont rapidement taxées de remèdes de charlatan (Banks, 2002 ; Mc Crea, 1983 ; Oudshoorn, 1993).

A la fin des années 1920, aux Etats-Unis, Edgar Allen et Edward Doisey mettent en évidence la présence d'hormones œstrogéniques dans l'urine de femmes enceintes. Ces traitements bien qu'efficaces sont toutefois trop coûteux pour être diffusés à large échelle. En 1936, Russell Marker et Thomas Okwood, deux biologistes américains, mettent au point un œstrogène de synthèse très facile à produire : le diethylstilbesteral (DES) qui ouvre la voie au développement des contraceptifs oraux (McCrea, 1983). Ce produit, jugé très efficace, a toutefois l'inconvénient d'entraîner de nombreux effets secondaires. Au même moment, le biologiste hollandais Ernst Laqueur, professeur de pharmacologie à l'Université d'Amsterdam et fondateur du laboratoire pharmaceutique Organon, identifie des œstrogènes actifs dans l'urine de jument gravide. Ces œstrogènes, qui semblent beaucoup mieux tolérés que le DES, seront utilisés pour traiter les troubles de la ménopause après plusieurs tentatives

en faveur d'autres indications<sup>4</sup> (Oudshoorn, 1993). Le laboratoire Organon et l'équipe d'Ernst Laqueur s'associent alors à plusieurs cabinets de gynécologues pour mettre en place des essais cliniques qui permettront d'asseoir la crédibilité de cette thérapie. Cette collaboration entre la recherche académique, l'industrie pharmaceutique et les gynécologues a largement contribué à la diffusion des traitements hormonaux de substitution (Oudshoorn, 1993).

Au début des années 1940, s'inspirant des découvertes d'Ernst Laqueur, le laboratoire nord-américain Ayerst développe et commercialise sous le nom de Premarin® (PREgnant MARe uRIN), un produit bon marché et facile à administrer, également à base d'urine de jument gravide (McCrea, 1983). Ce produit qui contient différents œstrogènes (d'où le terme d'œstrogènes conjugués), certains d'origine animale et d'autres d'origine synthétique, connaîtra à compter des années 1960, un succès commercial très important en Amérique du Nord et dans le monde.<sup>5</sup>

Avec la découverte des œstrogènes dans les années 1920-1940, l'arrêt de la fonction ovarienne devient l'événement principal de la ménopause même s'il n'en explique pas tous les symptômes. La ménopause est de ce fait considérée comme une pathologie carencielle au même titre que l'hyperthyroïdie ou le diabète, nécessitant un apport exogène d'œstrogènes (Banks, 2002 ; Bell, 1987 ; Delanoë, 1998). Ce modèle biologique endocrinien s'est imposé d'autant plus facilement qu'il était possible d'offrir des thérapies hormonales bon marché à toutes les femmes ménopausées (Bell, 1987).

#### 1.1.4 Trajectoire d'une thérapeutique souvent remise en cause

L'histoire moderne de la ménopause est intimement liée à celle du développement de l'hormonothérapie (Delanoë, 1998). La diffusion du traitement hormonal substitutif (THS) sert les intérêts de la profession médicale et plus spécifiquement des gynécologues. Ceux-ci

---

<sup>4</sup> Le traitement oestrogénique n'a pas trouvé immédiatement son champ d'application. Il a ainsi été successivement utilisé pour traiter les problèmes d'aménorrhée, les règles trop fréquentes ou abondantes, les retards de croissance des organes génitaux, la schizophrénie, l'eczéma, les rhumatismes, les chutes de cheveux, le diabète, etc...

<sup>5</sup> En 2000, le nombre de prescriptions de Premarin® s'élevait à 46 millions aux Etats-Unis, en faisant le 2<sup>ème</sup> médicament le plus prescrit (Rymer *et al.*, 2003)

justifient leur existence en mettant en avant leurs compétences à prendre en charge la ménopause et à prescrire ces produits (Delanoë, 1998 ; Oudshoorn, 1993). Le développement de l'hormonothérapie place ainsi les femmes sous le contrôle du médecin qui devient l'expert incontournable à cette étape de leur vie (Kaufert et McKinlay, 1985).

La construction de la ménopause comme maladie déficitaire amène aussi les praticiens, et particulièrement les gynécologues, à prescrire de manière assez systématique les thérapies hormonales, niant ou minimisant les effets indésirables du traitement. Le fait que les gynécologues rencontrent des femmes affectées par des symptômes généralement plus sévères, contribue de plus à généraliser à toutes les femmes la ménopause comme expérience pathologique, légitimant une prise en charge médicale (Delanoë, 1998).

La médicalisation de la ménopause coïncide également avec les intérêts de l'industrie pharmaceutique. S'inscrivant dans le sillage de la pilule contraceptive, la thérapie hormonale s'est d'abord diffusée aux Etats-Unis dans les années 1960, sous l'effet des importantes campagnes de promotion menées par les firmes pharmaceutiques. Les ventes d'œstrogènes sont ainsi multipliées par trois entre 1967 et 1975 ; les traitements hormonaux devenant en 1975, la cinquième classe thérapeutique prescrite dans ce pays (McCrea, 1983).

Tous les chercheurs soulignent le rôle majeur joué par le docteur Wilson dans la promotion de l'hormonothérapie. Cet éminent gynécologue, dont la fondation a été entièrement financée par la firme Wyeth-Ayerts, publie plusieurs articles en 1960, qui font l'apologie du traitement, plaçant en faveur de l'administration d'œstrogènes de la « puberté jusqu'à la tombe »<sup>6</sup> (McCrea, 1983). Dans son ouvrage intitulé *Feminine For Ever*, largement diffusé à compter de 1966, il soutient que l'arrêt de la fonction ovarienne menace l'essence même de la féminité. Par ailleurs, il énumère vingt-six troubles physiques et psychologiques que le traitement hormonal permettrait d'éviter : bouffées de chaleur, ostéoporose, atrophie vaginale, poitrine affaissée, rides, manque d'intérêt, irritabilité, frigidity, dépression, alcoolisme, suicide... » (Delanoë, 1998). Il insiste particulièrement sur les débordements d'humeur des femmes ménopausées. Les répercussions désastreuses de cette période sur le

---

<sup>6</sup> Notre traduction.

mariage sont décrites en détail au travers des témoignages de maris désemparés : « *She is driving me nuts. She won't fix meals. She lets me no sleep. She picks on me all the time. She makes lies about me. She hits the bottle all day. And we used to be happy married.* » (Wilson, 1966, cité dans McCrea, 1983, p. 113). Les premières publicités en faveur du traitement hormonal diffusées dans les années 1960 viendront renforcer cette représentation, décrivant une femme dépressive ou hystérique, débordée par les manifestations somatiques de la ménopause et gênée dans son accomplissement professionnel et son rôle d'épouse (McCrea, 1983).

La diffusion des THS est toutefois interrompue à la fin des années 1970 lorsque plusieurs articles scientifiques américains mettent en évidence une augmentation des cancers de l'utérus chez les femmes américaines sous traitement œstrogénique (McCrea, 1983). Ces résultats amènent plusieurs membres de la communauté scientifique à critiquer le modèle pathologique de la ménopause et la prescription systématique d'œstrogènes aux femmes ménopausées. Certains chercheurs soulignent de plus, qu'après la ménopause, les femmes ont des besoins œstrogéniques réduits. Ils jugent l'apport exogène d'hormones inutile et dangereux (McCrea, 1983). Cette remise en question du traitement entraîne une faible diminution des prescriptions. Nombre de cliniciens semblent en effet très attachés à la définition de la ménopause comme pathologie carencielle, comme en témoigne le débat qui les oppose à la communauté des chercheurs à la fin des années 1970 (Kaufert et McKinlay, 1985 ; McCrea, 1983). A partir des années 1980, la mise en évidence de l'action préventive du traitement hormonal sur l'ostéoporose post-ménopausique lui confère une nouvelle légitimité qui dynamise les prescriptions en Amérique du Nord.

En France, les médecins se sont longtemps montrés méfiants envers le traitement hormonal de substitution. Largement dominé par l'élite masculine, le corps médical restait peu sensible aux bénéfices mis en avant à l'époque, soit l'amélioration de la qualité de la vie des femmes ménopausées et la préservation de la jeunesse et de la féminité. Ainsi, bien que le premier traitement hormonal pour la ménopause soit commercialisé en France au début des années 1970, la thérapie ne se diffusera qu'à partir du milieu des années 1980, pour prévenir l'ostéoporose post-ménopausique : « Le discours médical quitte le terrain douteux de la

jeunesse éternelle, de la séduction, de la féminité. On aborde le domaine noble et sans ambiguïté de la pathologie grave » (Delanoë, 1998, p.237). L'ostéoporose qui touche environ une femme sur trois (Tamborini, 2003) résulte de la diminution de la densité osseuse. Celle-ci commence bien avant la ménopause mais s'accélère à cette période, pouvant occasionner des fractures (Lopes et Ringa, 2003). D'autres facteurs de risque sont également identifiés (tels l'immobilisation prolongée, l'origine ethnique, la minceur, la prise de corticoïdes, etc.) mais cependant moins souvent mis en avant (Lopes et Ringa, 2003).

Dans les années 1990, les traitements combinant œstrogènes et progestatifs sont à leur tour suspectés de favoriser le cancer du sein. Toutefois, les résultats des différentes études ne vont pas tous dans le même sens, indiquent des risques relatifs peu marqués et sont surtout issus d'études d'observation<sup>7</sup> (Ringa, 2003). La thérapie hormonale est par ailleurs créditée à la suite d'autres études cliniques, d'un effet protecteur vis à vis d'autres pathologies comme les maladies cardio-vasculaires (1993) dont les risques semblent augmenter après la ménopause et la maladie d'Alzheimer (1996) (Delanoë, 1998). Le bilan du THS reste donc globalement positif et le traitement se diffuse, soutenu par la demande des femmes, l'activisme des médecins et le marketing des compagnies pharmaceutiques. Ces dernières présentent désormais une femme active et entourée, qui décide de se traiter pour garder le contrôle sur son existence (Coney, 1994). L'échec de la thérapie à contrôler les symptômes attribués à la ménopause chez certaines femmes, n'entraîne pas sa remise en cause, il justifie seulement un ajustement du dosage en œstrogènes jugé trop élevé ou trop faible (Derry *et al*, 2002).

En juillet 2002, à la suite de la publication des premiers résultats de l'étude expérimentale américaine WHI dans le prestigieux *Journal of the American Medical Association* (JAMA), le rapport risque/bénéfice des THS est sérieusement inversé. L'étude réalisée auprès de 16 600 volontaires qui recevaient, soit une combinaison d'œstrogènes équinés et de progestérone de synthèse (de marque Prempro®, combinaison du Premarin® et du Provera®), soit un placebo, est interrompue dans sa sixième année du fait de l'augmentation des cancers du sein

---

<sup>7</sup> Ce type d'études ne permet pas de dire, à l'inverse des essais randomisés, si l'incidence plus élevée du risque de cancer du sein chez les femmes traitées par œstroprogestatifs est attribuable au traitement ou au fait que les cancers des femmes sous THS, généralement mieux suivies, sont diagnostiqués plus tôt (Ringa, 2003)

et des accidents cardiovasculaires chez les femmes traitées pendant cinq ans (Rossouw *et al.*, 2002).<sup>8</sup> Par ailleurs, si l'efficacité du THS sur la prévention des symptômes de la ménopause et la perte de masse osseuse n'est pas remise en cause, les bénéfices cardiovasculaires ou l'effet protecteur contre la maladie d'Alzheimer ne sont pas confirmés.

L'étude WHI fait l'objet d'une très large couverture médiatique en Amérique du Nord et en France (Ménard, 2003). Avec la publication en août 2003 des résultats de l'étude britannique MWS dans le journal *The Lancet*, la controverse entourant le THS prend de l'ampleur, notamment en France. Cette étude de cohorte menée de 1996 à 2001 auprès de plus d'un million de femmes britanniques ménopausées, porte en effet sur des traitements disponibles sur le marché français, tant pour les types d'œstroprogestatifss que pour les voies d'administration. Elle confirme la légère élévation du risque de cancer du sein chez des femmes traitées par œstroprogestatifss et, dans une moindre mesure, chez celles traitées par œstrogènes isolés (Beral *et al.*, 2003).<sup>9</sup>

Les résultats de l'étude WHI ont fortement marqué la communauté scientifique et les autorités de santé publique parce qu'ils transforment les connaissances sur le traitement hormonal, confirmant le risque de cancer du sein mis en évidence par plusieurs études d'observation menées avant cet essai. En France, l'AFSSAPS (2003a) émet en janvier 2003 une mise au point à destination des médecins. Celle-ci ne condamne pas le THS mais souligne qu'il ne doit pas être prescrit de manière systématique chez les femmes ne rapportant pas de symptômes associés à la ménopause et ne présentant pas de risque d'ostéoporose. L'agence incite également les médecins à ne pas prescrire le traitement au delà de cinq ans et à privilégier une prescription « au cas par cas, en fonction de la situation et

---

<sup>8</sup> L'augmentation de ces différents risques correspond à un nombre supplémentaire de 7 cas d'infarctus du myocarde, 8 cas d'accident vasculaire cérébral, 18 cas de thrombose veineuse profonde, et 8 cas de cancer du sein pour 10 000 femmes traitées pendant un an, par rapport à 10 000 femmes non traitées. Ce risque de 8 cas de cancer du sein peut paraître faible mais si on l'applique aux 10 millions d'utilisatrices de THS aux Etats-Unis, c'est 8000 cas supplémentaires par an.

<sup>9</sup> L'étude réalisée auprès de femmes âgées de 50 à 64 ans montre que le risque de cancer du sein est augmenté de manière significative pour les traitements par œstrogènes seuls, œstroprogestatifs et tibolone mais avec un risque plus important pour l'association œstrogènes-progestatifs. L'augmentation du risque de cancer du sein serait de 12 cas supplémentaires par an pour 10 000 femmes traitées pendant 5 ans par œstroprogestatifs, de 3 cas de cancer du sein supplémentaires par an pour 10 000 femmes traitées pendant 5 ans par œstrogènes seuls, traitement indiqué pour les patientes hystérectomisées. L'accroissement du risque semble d'autant plus important que les utilisatrices prennent le THS depuis longtemps. L'étude MWS montre également que 5 ans après l'arrêt du THS, le risque du cancer du sein redevient identique à celui observé chez les femmes non traitées, ce qui confirme le rôle promoteur et non inducteur du traitement hormonal.

des souhaits de la femme, en l'informant des bénéfices attendus et des risques potentiels ». Elle soulève toutefois des interrogations quant à la possibilité de transposer les résultats de l'étude américaine à la situation française soulignant que celle-ci a été réalisée avec « une association de THS très peu utilisée en France (<1%) et chez un groupe de patientes non représentatif de la population traitée en France ». En décembre 2003, l'AFSSAPS diffuse de nouvelles recommandations précisant cette fois que « la prévention de l'ostéoporose ne fait plus appel au THS en première intention », mais seulement en cas « d'intolérance à un autre traitement indiqué dans cette situation », et uniquement chez « les femmes ayant un risque fracturaire élevé » (AFSSAPS, 2003b).

En France, la communauté médicale s'est montrée très critique à l'égard des résultats des études anglo-saxonnes et surtout des recommandations de l'AFSSAPS (Löwy et Weisz, 2005). Elle s'est également déclarée très étonnée des prises de position publiques des chercheurs<sup>10</sup> qui incitaient les femmes sous traitement à remettre en question leur THS et même à l'interrompre. Cette polémique qui oppose chercheurs et cliniciens éclate publiquement le 27 avril 2004, lors d'une audition publique d'experts sur les THS, organisée par l'AFSSAPS et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES), à la faculté de médecine de Bichat à Paris. Les épidémiologistes soutiennent, et cette position sera reprise dans le rapport d'audience, qu'en l'absence de données documentées sur le cas français, « aucun argument ne permet d'écarter que des effets similaires (à ceux des études WHI et MWS) puissent être observés avec les produits et les formes d'administration utilisés en France » (AFSSAPS-ANAES, 2004).<sup>11</sup> Endocrinologues et gynécologues considèrent au contraire que les études WHI et MWS ne sont pas transposables au cas français (les molécules, les dosages, les femmes, et le suivi gynécologique étant différents) ; ils estiment

---

<sup>10</sup> Voir en particulier l'éditorial du Lancet (2003) et le communiqué de presse du National Institute of Health accompagnant la publication de l'étude WHI (NIH, 2002).

<sup>11</sup> Les récents résultats d'une étude observationnelle (cohorte E3N) réalisée auprès de femmes françaises semblent confirmer que de tels risques s'appliquent à certains des produits prescrits en France. Cette étude débutée en France en 1990 et portant sur 100 000 adhérentes à la MGEN dont 54 548 suivaient un THS confirme l'augmentation du risque de cancer du sein pour les femmes recevant une association d'œstrogènes et de progestatifs. Toutefois, elle indique que le risque semble varier en fonction du type de progestatifs. Dans le cas de traitements associant à l'œstrogène un progestatif de synthèse (formule prescrite à 65 % des femmes sous THS incluses dans cette étude), une augmentation du risque de cancer du sein de 40% est observée y compris pour des durées de traitement inférieures à deux ans. En revanche, la majoration du risque n'apparaît pas à court terme (utilisation inférieure à 4 ans) avec la progestérone micronisée utilisée par 20% des femmes suivies dans l'étude. Enfin, l'étude n'a pas trouvé d'augmentation du risque chez les femmes traitées par œstrogènes seuls (Fournier *et al.*, 2005).

que les recommandations de l'AFSSAPS sont donc largement exagérées. Ils affirment aussi que la limitation du traitement à cinq ans est « arbitraire », soulignant qu'un THS prescrit moins de cinq ans risque de n'avoir aucun effet protecteur sur l'ostéoporose. Ils regrettent surtout la recommandation déconseillant l'emploi du THS en première intention pour la prévention de l'ostéoporose. Enfin, ils affirment que la position de l'AFSSAPS contribue à accréditer l'existence d'un « risque zéro », norme inaccessible en médecine.

A cet égard, la crise du THS est significative du décalage entre experts et cliniciens. Elle témoigne de la primauté de la médecine basée sur les faits (« *evidence based medicine* ») et atteste aussi de la légitimité croissante des épidémiologistes à prendre la parole dans un débat public désormais centré sur la mesure scientifique du risque (Pierret, 2003). Cet événement est également révélateur de nouvelles attitudes des autorités de santé publique qui, dans un contexte international de questionnement du risque médicamenteux alimenté par la multiplication des « affaires »<sup>12</sup>, impliquant des laboratoires pharmaceutiques, affichent une volonté de prudence.

Selon Hassoun (2003, p.185), l'histoire du THS est aussi « emblématique de l'introduction d'une médication pour laquelle on a braqué les projecteurs sur les bénéfices sans se donner les moyens suffisants de chercher et d'analyser les risques potentiels. ». En effet, ni les états, ni l'industrie pharmaceutique n'ont manifesté la volonté d'assumer la responsabilité de payer pour des essais randomisés à grande échelle jusqu'à ce qu'une femme prenne pour la première fois, la direction des National Institutes of Health aux Etats-Unis (Ménard, 2003).

#### 1.1.5 Différents modèles de la ménopause

La représentation de la ménopause comme pathologie carencielle nécessitant une prise en charge médicale s'est diffusée dans de nombreux pays occidentaux. Cette approche fait l'objet depuis la fin des années 1970, de nombreux ouvrages de vulgarisation médicale souvent écrits par des gynécologues, d'articles dans la presse et d'émissions télévisées. Ceux-ci présentent la ménopause à la fois comme source de danger pour la santé physiologique et

---

<sup>12</sup> Voir par exemple les récents scandales impliquant les statines utilisées contre les maladies cardiovasculaires, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les vaccins contre l'hépatite B, ou les antidépresseurs.

psychologique et comme passage social à la vieillesse (Delanoë, 1998 ; Kérisit et Pennec, 2001; Vinel, 2002b). Selon Meyer (2003), l'approche biomédicale de la ménopause reste largement dominante aujourd'hui, et ce, malgré la médiatisation des études WHI et MWS. La critique féministe de la médicalisation de la ménopause a toutefois permis l'émergence d'autres modèles qui présentent cette période comme une transition normale dans la vie des femmes, revendiquent une participation plus importante des femmes à la gestion de la ménopause, et prônent le recours à des médecines douces et alternatives. Nous présenterons successivement ces différents modèles qui co-existent aujourd'hui (Coupland et Williams, 2002).

#### 1.1.5.1 Le modèle biomédical

##### - Le corps à risque

Depuis la découverte du rôle que jouent les ovaires dans la ménopause, le discours médical associe systématiquement et de manière plus ou moins scientifique, un ensemble de pathologies à l'arrêt de la sécrétion ovarienne, dont le nombre et la nature varient selon les époques. Partant du fait réel que certains organes sont dépendants de la production hormonale (partiellement et non totalement), comme l'os et la muqueuse vaginale, le corps médical a extrapolé cette carence hormonale au corps tout entier faisant du corps ménopausé un corps à risque de tous les dangers et de toutes les maladies (Delanoë, 1998 ; Lock, 1993 ; Kérisit et Pennec, 2001 ; Meyer, 2003 ; Vinel, 2002a ).

Cette rhétorique du risque est selon Kérisit et Pennec (2001), une rhétorique de la fatalité qui présente la ménopause comme « porte d'entrée vers un avenir de dépendance ». A partir de la ménopause, le corps féminin, est conçu comme « un corps osseux, potentiellement friable, cassable et fragile » (Kérisit et Pennec, 2001, p.133). Le fait que l'invalidité due à l'ostéoporose s'installe progressivement et que cette maladie touche en France moins d'une femme sur trois est cependant rarement mentionné (Kérisit et Pennec, 2001). L'accent mis sur les risques de maladie et la détérioration de la qualité de vie justifie un traitement

hormonal systématique et de longue durée. Par ailleurs, la femme ménopausée est incitée à une prise en charge de sa santé de plus en plus précoce.

[...] la ménopause n'est plus cette étape relativement circonscrite dans le temps qui comportait quelques désagréments ; elle est à présent au cœur d'un parcours qui peut durer près de la moitié d'une vie de femme, car elle est signalée aux alentours de quarante ans et parfois même dépistée et traitée dès les trente ans ! Cette deuxième moitié de vie se trouve ainsi mesurée à l'échelle des risques encourus que toute femme se doit alors d'éviter par un programme de prévention basé sur l'hormonothérapie, sans doute, mais aussi sur une hygiène de vie dont elle est présentée comme seule responsable. (Kerisit et Pennec, 2001, p. 134)

Les coûts des traitements des fractures ostéoporotiques sont par ailleurs régulièrement invoqués pour justifier le traitement hormonal (Delanoë, 1998 ; Kerisit et Pennec, 2001 ; Lock, 1998). L'incidence du THS sur la réduction de la fréquence des fractures est toutefois difficile à évaluer du fait que celles-ci se produisent à un âge tardif et chez des femmes qui ne sont souvent plus sous THS (Bréart, 2003).

#### - Les troubles psychologiques

Dès la fin du XIXème siècle, le lien entre ménopause et dépression s'impose en psychiatrie et en gynécologie sous la dénomination de « mélancolie d'involution ». Le lien entre dépression et ménopause serait à la fois biologique (les modifications hormonales agissant sur l'appareil psychique), et psychosocial. La femme ménopausée serait en effet confrontée à une perte symbolique majeure du fait de l'arrêt de la fertilité et de la perte de la beauté comme l'a souligné la psychanalyste Deutsch (1987). Celle-ci estime ainsi que la dépression guette toutes les femmes au moment de la ménopause.

Bien que très largement démentie par des études épidémiologiques nord-américaines qui montrent que la ménopause ne s'accompagne pas de troubles psychiatriques, sauf chez les femmes qui en souffraient avant cette période (Avis et McKinlay, 1991 ; Kaufert, 1992), l'association entre dépression et ménopause persiste dans la culture occidentale, tant auprès des profanes que des médecins et particulièrement des gynécologues (Delanoë, 2001b). Cette croyance, qui est beaucoup plus partagée par les hommes que les femmes, s'inscrit selon

Delanoë (2001b), dans le prolongement de l'accusation de sorcellerie faite aux femmes ménopausées. L'inscription de certains troubles psychiques dans une logique de genre n'est pas nouvelle. L'hystérie, assimilée à une « fureur utérine », puis les troubles de somatisation sont depuis toujours clairement, sinon exclusivement, associés aux femmes (Delanoë, 2001b ; Wool et Barsky, 1994).

- La rhétorique de la fin de la jeunesse, de la féminité et de la sexualité

Dans le discours médical, la fin de la fécondité est souvent interprétée en termes de perte de féminité, la ménopause étant assimilée à l'entrée dans la « vieillesse au féminin » (Delanoë, 2001a ; Vinel 2002a). La fin de la fécondité est également associée à la fin de la sexualité et de la séduction, la femme ménopausée étant considérée comme asexuée, en vertu d'anciennes croyances qui lient sexualité et fertilité (Delanoë, 2001a).

L'industrie pharmaceutique a largement alimenté cette croyance en soulignant dans ses messages de promotion que le traitement hormonal permet de rester jeune et femme, ce qui sous-entend qu'en l'absence de traitement, la femme ménopausée n'est plus vraiment femme (Delanoë, 2001a). Le discours médical s'adressant aux profanes insiste également sur l'altération de l'apparence et notamment de la peau qui deviendrait plus ridée au moment de la ménopause. Cette idée sera largement développée dans l'argumentation commerciale de l'industrie cosmétique.

- Les représentations des médecins à l'égard de la ménopause aujourd'hui

Les études documentant les représentations actuelles des médecins à l'égard de la ménopause sont peu nombreuses et ont été réalisées en Amérique du Nord, en Australie et en Grande-Bretagne. Elles montrent que la représentation de la ménopause comme pathologie carencielle et la rhétorique de la fin de la féminité, ont cédé la place à un discours centré sur le risque de maladies. Les médecins considèrent en effet que la diminution du taux d'œstrogènes entraîne une augmentation du risque de morbidité (Massé *et al.*, 2001 ; Murtagh et Hepworth, 2003), engendre souvent des problèmes psychologiques et occasionne une dégradation de la qualité

de vie (Liao *et al.*, 1994). Les représentations des femmes médecins à l'égard de la ménopause semblent plus négatives que celles de leurs homologues masculins sans doute, comme le suggèrent Liao *et al.* (1994), parce que celles-ci sont elles mêmes exposées à la ménopause et qu'elles sont plus nombreuses à suivre des femmes ménopausées.

Selon l'étude de Murtagh et Hepworth (2003a), réalisée, depuis la publication de l'étude WHI, auprès de médecins généralistes des zones rurales d'Australie, ceux-ci sont encore globalement favorables au traitement hormonal qu'ils prescrivent essentiellement dans un but préventif. Ils considèrent néanmoins que le THS peut comporter certains risques. La prise en charge de la ménopause implique donc une mise en balance des risques et des bénéfices du traitement. Reprenant plusieurs des concepts mis en avant par le mouvement pour la santé des femmes (place du patient comme acteur de sa santé, information et choix éclairé), ces praticiens adhèrent à une « éthique de l'autonomie <sup>13</sup> » (Murtagh et Hepworth, 2003b). Ils considèrent en effet que leur rôle se limite à l'information des patientes qui doivent assumer la responsabilité d'exercer un choix éclairé.

En France, nous n'avons pas trouvé de travaux portant sur les représentations des médecins à l'égard de la ménopause. L'enquête F.E.M.M.E (2002) réalisée par le laboratoire Théraxem<sup>14</sup> montre toutefois que la prévalence d'utilisation du THS est particulièrement élevée parmi les femmes médecins ménopausées (75% des généralistes suivent un THS et 89% des gynécologues), et très supérieure à celle observée chez les femmes françaises. La proportion de femmes médecins plus jeunes et non ménopausées qui envisagent de prendre un traitement hormonal est encore plus importante (89.5% des généralistes, 95% des gynécologues), ce qui semble indiquer les représentations de la ménopause sont plus négative en anticipation qu'une fois ce processus engagé.

---

<sup>13</sup> Notre traduction.

<sup>14</sup> Enquête réalisée en 2002 auprès de 10 000 femmes médecins généralistes ou gynécologues.

### 1.1.5.2 Emergence de modèles alternatifs au modèle biomédical

Les premières critiques du discours biomédical de la ménopause émanent d'auteurs américains dont la plupart s'inscrivent dans la mouvance féministe. Elles émergent aux États-Unis dans les années 1970, parallèlement à la mise en évidence des risques liés à la consommation d'œstrogènes (McCrea, 1983). Chercheurs et groupes de femmes questionnent la définition de la ménopause comme maladie carencielle (McCrea, 1983 ; Murtagh et Hepworth, 2003b). Ils insistent sur le fait que la ménopause est un processus physiologique naturel soulignant que les troubles qui accompagnent cette période ne sont pas plus pathologiques que les nausées intervenant pendant la grossesse (Meyer, 2003).

La réflexion féministe se développe pendant les années 1970 et 1980 aux États-Unis et au Canada, dans le cadre du Mouvement des femmes pour la santé, et autour du collectif de Boston dont les ouvrages « *Our bodies ourselves* » (1971) et « *Ourselves growing older* » (1987) sont emblématiques. Ce mouvement dénonce les propos sexistes tenus par certains médecins et la perte de statut social associée à la fin de la fécondité. Il encourage les femmes à être à l'écoute de leur corps, à partager leur expérience sur la ménopause et à valoriser cette période qui peut être l'occasion d'une renaissance (Kerisit et Pennec, 2001). S'alliant à des groupes de consommateurs, ces organisations féministes font pression sur la *Food and Drug Administration* (FDA) pour qu'elle prévienne les consommateurs des risques associés au traitement. En 1976, l'agence ordonne l'inscription du risque de cancer sur les emballages de THS. L'industrie pharmaceutique contre-attaque avec le soutien du Collège américain de gynécologie et d'obstétrique qui y voit une atteinte à l'autonomie de la profession. Un jugement confirme la décision de la FDA mais celle-ci ne sera que très peu respectée par l'industrie pharmaceutique (McCrea, 1983).

Kerisit et Pennec (2001) identifient trois grands courants au sein de ce contre-discours nord-américain qui refuse la stigmatisation de la femme ménopausée et l'association systématique de cette transition au passage vers la vieillesse. Le premier courant, qui rallie certains médecins, s'oppose à l'hormonothérapie en tant qu'ingérence dans le déroulement naturel du parcours de vie féminin, lui préférant des médecines douces et alternatives pour alléger les symptômes de la ménopause (Weed, 1992, cité dans Kerisit et Pennec, 2001). Plusieurs

auteurs prônent également une relation médecin-patient plus égalitaire, permettant aux femmes de décider librement de leur traitement en fonction de leur situation de santé personnelle (Johnson et Ferguson, 1993, cité dans Kerisit et Pennec, 2001). Le second courant plus radical, considère que la médicalisation de la ménopause enferme les femmes dans une dimension pathologique, les exclue de leur propre savoir sur la santé et résulte d'une domination du pouvoir biomédical et patriarcal sur le corps des femmes (Coney, 1993 ; Greer, 1991 ; MacPherson, 1993). Plusieurs de ces auteurs rejettent le traitement hormonal incitant les femmes à considérer la ménopause comme une évolution physiologique normale et à y voir l'occasion d'une libération de la domination masculine : « *The climateric marks the end of apologizing* » (Greer, 1991, p. 140). Le troisième courant (voir section 1.2.5), qui implique surtout des chercheurs en sciences humaines, se développe depuis une quinzaine d'années. Il vise à mettre en évidence la pluralité des expériences de la ménopause en fonction de l'inscription sociale et culturelle des femmes (Lock, 1993 ; O'connor *et al.*, 1995). Plusieurs auteurs revendiquent également une prise en compte de la parole des femmes qui avait été peu recueillie jusque là.

En France, la critique féministe de la médicalisation de la ménopause et la remise en cause de la prescription systématique des traitements hormonaux ont reçu assez peu d'échos. Cela s'explique peut-être par le fait que le traitement se diffuse assez tardivement sur le marché français et après la crise de la fin des années 1970, qui met en évidence une augmentation des cancers de l'utérus chez les femmes prenant des œstrogènes seuls. De plus, les féministes françaises se sont mobilisées au côté de la gynécologie médicale, une spécialité très largement féminisée, pour favoriser l'accès des femmes aux traitements contraceptifs. Elles ont par la suite critiqué le manque d'intérêt du corps médical pour le traitement hormonal de substitution, considérant que le débat entourant les THS prolongeait celui qui avait eu lieu autour du contrôle des naissances dans les années 1960 et 1970 (Delanoë, 2001a). Ainsi, en France, contrairement aux Etats-Unis, les critiques de la médicalisation du corps des femmes ont largement épargné les traitements hormonaux. Elles se sont concentrées sur le suivi obstétrique, une spécialité majoritairement masculine (Löwy et Weisz, 2005).

Jusqu'à la fin des années 1980, les discours dominants dans la littérature médicale française présentent les femmes ménopausées comme névrosées, désœuvrées, sexuellement frustrées ou au contraire masculinisées. Ils sont par ailleurs nombreux à reprendre cette idée, centrale dans le discours de l'industrie pharmaceutique et présente dans les ouvrages américains des années 1960, que le THS permettra à la femme de prolonger sa jeunesse et sa féminité (Delanoë, 1998 ; Kérisit et Pennec, 2001 ; Vinel, 2002b). Le docteur Rozenbaum, actuel président de l'Association française pour l'étude de la ménopause (AFEM), écrivait ainsi en 1980 (Rozenbaum, 1980, cité dans Kérisit et Pennec, 2001, p.137) :

Je ne suis pas fanatiquement attaché à expédier toutes les femmes de 50 ans dans un bureau ou dans une usine. Je pense qu'installer une femme ménopausée non équilibrée derrière un bureau la rendra malheureuse, agressive et qu'elle sera alors désagréable vis-à-vis des gens venant la voir. [...] En revanche, rien n'est pire que de se retrouver seule désœuvrée, à tourner en rond chez soi et à tenir alors le relevé exact de tous les troubles que l'on peut observer. Mais ce risque à vrai dire ne guette que les femmes imprévoyantes qui n'ont pas su organiser leur vie plus tôt.

Cette abondante diffusion du discours médical a, selon Delanoë (2001a), contribué à médiatiser la ménopause jusque là considérée comme une affaire très privée dont les femmes françaises parlaient peu, notamment d'une génération à l'autre. La ménopause est ainsi devenue, dès la fin des années 1970, un objet de conversations privées et de débats publics, n'étant plus considérée comme un sujet tabou. La médiatisation du discours biomédical l'a aussi rendu plus accessible, permettant à des auteurs s'inscrivant dans une perspective féministe de mieux le critiquer. Les propos sexistes des médecins à l'égard des femmes sont particulièrement pointés du doigt (Kérisit et Pennec, 2001). La médicalisation n'est donc plus seulement envisagée sous l'angle de la domination, elle intervient aussi comme « procès de socialisation » en ouvrant la voie à un discours profane mais aussi expert souvent très critique à l'égard du discours médical (Delanoë, 1998).

## 1.2 L'EXPÉRIENCE DE LA MÉNOPAUSE

### 1.2.1 Les symptômes associés à la ménopause dans les sociétés occidentales

L'impact physiologique et psychologique de la ménopause a fait l'objet de nombreuses controverses, d'une part, parce que la description du tableau clinique de la ménopause a beaucoup évolué au cours du XXème siècle (Delanoë, 1998), et d'autre part, parce que l'expérience de la ménopause varie grandement d'une femme à l'autre et qu'il est difficile d'estimer le rôle respectif des modifications hormonales, du vieillissement et des représentations socioculturelles de cette période.

Il semble actuellement établi, d'après les études épidémiologiques réalisées dans les pays occidentaux, que la ménopause s'accompagne de certains troubles vasomoteurs (bouffées de chaleur et sudations nocturnes) mais les fréquences varient selon les études.<sup>15</sup> Ceux-ci toucheraient 38% à 75 % des américaines (Avis *et al.*, 1993 ; Von Muhlen *et al.*, 1995), 45% des Européennes (Lopes et Ringa 2003) et 50% à 65% des femmes françaises (Ledesert *et al.*, 1994 ; Gavid, 2003 ; AFEM, 1993). Ces troubles constituent le motif le plus fréquent de consultation au moment de la ménopause (Lopes et Ringa, 2003).

La fin de la production ovarienne entraîne également chez certaines femmes une sécheresse vaginale (conséquence de la diminution des sécrétions vaginales) et une atrophie génitale, ainsi que des troubles urinaires. Ceux-ci concernent une française sur trois (Ledesert *et al.*, 1994 ; Lopes et Ringa, 2003) mais ne sont pas mentionnés dans la liste de symptômes qu'utilisent plusieurs études américaines (Avis *et al.*, 1993). Ces symptômes semblent d'ailleurs moins facilement évoqués que les bouffées de chaleur, comme l'ont souligné plusieurs études françaises (Duron-Alirol, 2003 ; Delanoë, 2001a).

---

<sup>15</sup> Ces variations sont sans doute attribuables aux diverses méthodes de construction des échantillons qui sont employées. Conséquence de la difficulté à recruter des patientes ménopausées dans la population générale, nombre d'études ont été conduites auprès de petits échantillons de femmes patientes de cliniques spécialisées dans le traitement de la ménopause, avec pour une surestimation des symptômes rapportés (Kaufert et McKinlay, 1985, Kaufert, 1988). La durée de la période considérée et l'inclusion ou non des femmes suivant un THS dans les études semble également expliquer certaines de ces variations.

Certaines études en France (Gavid, 2003) et aux Etats-Unis (Bachman et Leiblum, 2004) associent la ménopause à une détérioration de la sexualité. La moindre lubrification et le rétrécissement du vagin peuvent effectivement être à l'origine de la baisse de la libido. Toutefois, la diminution du désir semble plutôt relever de difficultés psychosociales que de modifications physiologiques (altération de l'image de soi, difficultés maritales) (Lopes et Ringa, 2003). Avis *et al.* (1991), qui ont étudié l'influence de la ménopause sur la sexualité des femmes dans le cadre de la *Massachusetts Women Health Study*, montrent d'ailleurs qu'il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne le désir, la fréquence des rapports sexuels et l'orgasme avant et après la ménopause.

Si la ménopause a été longtemps considérée comme un facteur de dépression, peu d'études ont montré de manière concluante une augmentation de la prévalence de tels désordres chez les femmes ménopausées. Les femmes rapportent des symptômes dépressifs à cette période (38.5 % des françaises, AFEM, 1993 et 36% des américaines, Avis *et al.*, 1993) mais ils semblent plus souvent relever d'autres facteurs psychosociaux comme l'a souligné l'étude qualitative de Liao *et al.* (1994). Les antécédents de dépression avant la ménopause constituent d'ailleurs un facteur prédictif important des épisodes dépressifs survenant au moment de la ménopause (Avis et McKinlay, 1991). Seules la durée de la périménopause et l'intensité des symptômes qui lui sont associés (troubles vasomoteurs et troubles des règles) peuvent expliquer l'augmentation transitoire du risque de dépression (Nicol-Smith, 1996).

Les femmes mentionnent également des symptômes qui ne sont pas spécifiques de la ménopause et dont le lien avec l'arrêt de la fonction ovarienne n'est pas établi, tels les céphalées (11 % des françaises, AFEM, 1993 et 37.2% des américaines, Avis *et al.*, 1993), les vertiges (18.5 % des françaises, AFEM, 1993 et 11% des américaines, Avis *et al.*, 1993), et la fatigue (38 % des françaises, AFEM, 1993 et 38.6% des américaines, Avis *et al.*, 1993).

Enfin, une minorité de femmes françaises rapporte des modifications de l'apparence au moment de la cinquantaine : altération des cheveux et de la peau (respectivement 6.5% et 6%, AFEM, 1993). La prise de poids est une des préoccupations les plus fréquemment citées en France comme aux Etats-Unis, mais apparaît, selon les études, plutôt liée à l'âge qu'aux

modifications hormonales (Lopes et Ringa, 2003 ; Von Mühlen *et al.*, 1995). La diminution de l'activité hormonale favorise toutefois une modification de la répartition du tissu adipeux avec une répartition androïde des graisses. En ce qui concerne la peau, son épaisseur et son élasticité diminuent avec l'âge mais il est difficile d'un point de vue scientifique de dire que ces modifications s'accélèrent à la ménopause (Lopes et Ringa, 2003). Enfin, si les femmes semblent préoccupées par leur difficulté à contrôler leur poids, ces modifications semblent essentiellement raviver des inquiétudes présentes à des étapes antérieures de leur vie (Gupta et Schork, 1993)

### 1.2.2 L'impact des variables sociodémographiques

De nombreuses études quantitatives ont interrogé le lien entre l'expérience de la ménopause et les variables sociodémographiques. Greene (1990), qui a réalisé une revue de la littérature américaine montre qu'à l'exception des symptômes psychologiques, le nombre et la sévérité des symptômes associés à la ménopause sont généralement faiblement reliés à l'appartenance sociale, au niveau d'éducation ou au statut professionnel. Lorsqu'une association est mise en évidence, elle concerne généralement les femmes de catégorie populaire, ayant un bas niveau de revenu et d'éducation, qui rapportent un nombre plus élevé de symptômes, notamment psychologiques, au moment de la ménopause. Celui-ci résulterait de leur moindre capacité à contrôler les événements stressants de la vie.

Plusieurs études réalisées dans différents pays soulignent par ailleurs que les femmes actives semblent avoir une expérience plus positive de la ménopause que les « femmes au foyer », (Delanoë, 2001 ; Frey, 1981 ; Polit et Larocco, 1980) sans doute, suggèrent les auteurs, parce que leur investissement au sein de la sphère professionnelle constitue une source d'estime de soi, facilite le vécu du départ des enfants et protège des stéréotypes négatifs de la ménopause. L'association entre l'activité professionnelle et l'expérience positive de la ménopause semble toutefois à nuancer ; elle est plus marquée pour les femmes occupant des emplois de bureau que pour les cols bleus (Frey, 1981) et ne se vérifie pas dans le cas d'emplois difficiles ou instables (Greene, 1990).

En ce qui concerne les attitudes à l'égard de la ménopause, celles-ci sont plus négatives chez les jeunes femmes que chez les femmes ménopausées suggérant que les représentations sont plus négatives en anticipation de la ménopause (Neugarten *et al.*, 1963, Delanoë, 2001a). Les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé témoignent aussi d'attitudes plus positives à l'égard de la ménopause (Avis et McKinlay, 1991 ; Greene, 1990). Dans son étude réalisée en France, Delanoë (2001a), montre que le niveau de revenu est plus élevé chez les femmes qui ont une représentation neutre ou naturelle de la ménopause. Celles-ci semblent avoir plus de facilité à se distancier du modèle médical. Le niveau d'éducation est par contre plus élevé, à la fois chez les femmes qui ont une représentation négative de la ménopause, et chez celles qui l'envisagent comme un événement « naturel » et sans conséquence sur la santé. Si les femmes plus scolarisées ont plus de facilité à se distancer du modèle médical, elles semblent aussi plus préoccupées par la symptomatologie associée à la ménopause (Delanoë, 2001a).

Standing et Glazer (1992) qui se sont intéressés aux attitudes des femmes afro-américaines de faible revenu à l'égard de la ménopause, indiquent que celles-ci témoignent d'une attitude plus positive que les femmes caucasiennes de classe moyenne à l'égard de la ménopause, ce que semblent confirmer d'autres travaux (Pham *et al.*, 1997) malheureusement encore peu nombreux.<sup>16</sup> Cela pourrait s'expliquer, selon ces auteurs, par le fait que les femmes afro-américaines bénéficient d'un support familial plus important qui facilite cette transition.

Les études qui considèrent l'impact de la ménopause en fonction du statut conjugal produisent des résultats contradictoires. Selon Griffin (1995), les femmes qui ne sont pas engagées dans une relation de couple vivraient plus difficilement les changements de l'image du corps et la fin de l'activité reproductrice. Une autre étude (Giesen, 1989) rapporte au contraire que les femmes seules sont plus susceptibles que les femmes mariées de se trouver séduisantes et attirantes sexuellement en vieillissant. Delanoë (2001a), ne trouve quant à lui pas de relation significative entre le fait de vivre en couple et les représentations de la ménopause. Il note toutefois que les femmes qui ont plus d'enfants se retrouvent à la fois parmi les « maternelles » qui vivent avec difficulté la fin de la fécondité et le départ des enfants et les « positives » qui considèrent que cette période les libère des contraintes

---

<sup>16</sup> La plupart des études américaines ont été réalisées auprès de femmes caucasiennes.

familiales. Ces femmes partagent également le fait d'appartenir à des milieux modestes ou moyens.

### 1.2.3 Attitudes et représentations des femmes à l'égard de la ménopause

De nombreuses études réalisées en Amérique du Nord et au Royaume Uni se sont attachées à recueillir le discours des femmes sur la ménopause. Ces études, qui adoptent une démarche qualitative, montrent que les femmes ont de manière générale, une attitude plutôt positive à l'égard de la ménopause qu'elles ne considèrent pas comme une pathologie (Banister, 1999 ; Frey, 1981 ; Greene, 1990 ; Jones, 1994 ; Liao *et al.*, 1994).<sup>17</sup> Bien qu'elles vivent certains désagréments associés à cette étape, les femmes semblent ainsi se distancier du discours médical sur la ménopause qui ne correspond pas à leur expérience. Certaines considèrent d'ailleurs que cette période est source de gains, notamment liés à la cessation des menstruations et à la libération du stress de la grossesse, d'opportunités de croissance personnelle et de satisfaction sexuelle (Hunter, 1990 ; Hvas, 2001). Ces études témoignent ainsi d'un écart entre le modèle médical de la ménopause et l'expérience des femmes. Certains travaux mettent toutefois en évidence plusieurs contradictions dans le discours des femmes sur la ménopause. Celles-ci reflètent les tensions existant entre les différents modèles de la ménopause que les femmes mobilisent tour à tour pour donner sens à leur expérience (Goldstein, 2000). Selon le contexte, les femmes peuvent ainsi se référer au modèle biomédical de la ménopause ou aux discours qui contestent la médicalisation de cette période (Hunter et O'Dea, 1997 ; Stephens *et al.*, 2002). De plus, elles ne semblent pas toujours à l'aise avec les modèles féministes qui présentent la ménopause comme un phénomène naturel et délégitiment l'expérience de symptômes gênants (Banister, 1999 ; Goldstein, 2000). Enfin, bien que certaines femmes envisagent la ménopause comme une période de nouvelles opportunités, plusieurs semblent aussi considérer que cet événement marque un tournant dans le processus de vieillissement.

Cette ambivalence se manifeste aussi à l'égard des transformations qui accompagnent la ménopause, comme la prise de poids que les femmes voudraient accepter en vieillissant mais

---

<sup>17</sup> L'étude américaine quantitative d'Avis et McKinlay (1991) confirme ces résultats.

sur laquelle elles portent un regard assez négatif, se sentant moins attirantes (Banister, 1999). La ménopause apparaît ainsi comme un phénomène ambigu qui résiste à l'objectivation et ce d'autant plus que les symptômes évoluent au cours de la ménopause. Banister (1999) explique ainsi que les débuts de la ménopause sont souvent marqués par une grande incertitude et le sentiment que le corps est devenu étranger mais que progressivement les femmes apprennent à le gérer.

En France, l'étude qualitative et quantitative<sup>18</sup> la plus importante porte sur les représentations profanes de la ménopause (Delanoë, 2001a). L'auteur propose un modèle construit autour de cinq dimensions dont deux sont liées aux phénomènes biologiques caractéristiques de la ménopause (l'arrêt des règles et de la fécondité) et trois aux conséquences perçues de cet événement (variations du capital santé, du capital symbolique et du capital cosmétique). S'appuyant sur ces cinq dimensions, il dégage une typologie de six représentations de la ménopause que nous allons présenter en détail car elle servira de point de départ à notre analyse.

Une minorité de femmes (7%) fait état **d'une représentation plutôt négative** de cet événement. On trouve dans ce pôle des femmes qui regrettent la perte des règles et/ou de la fécondité et qui insistent sur le sentiment **de perte majeure de capital santé, esthétique et symbolique**. Pour ces femmes qui rapportent de nombreux symptômes au moment de la ménopause, cette étape marque l'entrée dans la vieillesse. Ces femmes sont relativement jeunes, vivent en milieu urbain ; elles ont atteint un niveau d'éducation secondaire et supérieur, vivent dans des foyers plutôt aisés et témoignent d'une forte dépendance aux apparences. Certaines plus souvent célibataires, occupent des postes de cadres ou des professions intellectuelles et sont indépendantes financièrement; d'autres sont au contraire dépendantes de leur conjoint.

---

<sup>18</sup> Cette étude comprend un volet qualitatif réalisé auprès de 60 femmes âgées de 40 à 70 ans et un volet quantitatif réalisé en 1996 par courrier postal auprès de 1721 femmes françaises âgées de 45 à 65 ans, dont 62% étaient ménopausées, 10% en pré-ménopause et 24% non ménopausées. L'étude des représentations des hommes comprend également deux volets, l'un qualitatif réalisé en 1997 auprès de 20 hommes de plus de 45 ans et l'autre quantitatif réalisé en 1996 auprès de 700 hommes de 35 ans et plus.

Les « maternelles » (9%), ont également **une représentation négative de la ménopause**, qui met essentiellement l'accent sur la **perte de la fécondité**, celle-ci étant associée à l'entrée dans la vieillesse et la perte de l'identité féminine. Elles sont peu préoccupées par la perte du capital santé si ce n'est la crainte d'une augmentation de symptômes psychiques. Ces femmes, souvent jeunes et non ménopausées, vivent en couple et ont très largement investi dans la maternité. Elles exercent un métier de type employé et appartiennent à des foyers peu aisés.

Près d'un quart des femmes de l'échantillon (23%) sont **ambivalentes à l'égard de la ménopause**, les éléments négatifs l'emportant souvent. Elles considèrent l'arrêt des règles à la fois comme une libération et comme une perte. Chez ces femmes, ce ne sont pas les préoccupations à l'égard de la santé qui dominent (celles-ci témoignent d'ailleurs d'une expérience assez neutre de la ménopause sur le plan physiologique) mais plutôt le sentiment d'être maintenant perçues comme des « vieilles dames ». Elles s'investissent largement dans le soin de l'apparence (notamment via les pratiques cosmétiques) et recourent souvent à l'humour pour apprivoiser cette expérience. On trouve dans cette catégorie des femmes de tous âges et d'appartenance socio-économique variée.

Certaines femmes (13%), ont **une représentation neutre de la ménopause**, celle-ci n'introduisant pas de changements marquants. Elles ne témoignent pas de sentiments de perte à l'égard de l'arrêt de la fécondité ou des règles, ni à l'égard de la santé, du capital esthétique, ou du capital symbolique. La ménopause ne signifie en rien l'entrée dans la vieillesse. Elles appartiennent à des foyers aisés, disposent d'une autonomie financière importante, vivent plus souvent en région parisienne et sont plus nombreuses à ne pas avoir eu d'enfants.

Un tiers des femmes de l'échantillon (31%), considère **la ménopause comme un phénomène naturel** ayant peu d'incidence mais qu'il faut respecter. Peu médicalisées, elles ne notent pas de grande variation du capital santé, esthétique ou symbolique et semblent assez indifférentes vis à vis de l'arrêt des règles. Ce qui compte pour elles, c'est de s'accepter comme elles sont et de respecter leur nature. Appartenant à des foyers favorisés, elles

témoignent d'une forte indépendance financière et affective. Elles sont beaucoup moins nombreuses que les femmes des autres catégories à suivre un traitement hormonal.

Enfin certaines femmes (17%), témoignent d'**une représentation positive de la ménopause**, celle-ci étant appréhendée comme une libération. Ces femmes plus âgées que les autres vivent en couple, ont eu plusieurs enfants, sont plus souvent issues de milieux plus modestes et plus nombreuses à ne pas travailler ou à exercer des professions indépendantes (agriculteur, commerçant, artisan). Elles sont satisfaites de l'arrêt des règles et de la fécondité et ne notent aucune variation du capital santé et esthétique. Elles témoignent par contre d'un gain social, la ménopause coïncidant avec le moment où elles échappent à leur rôle de femme au foyer ou quittent un travail peu valorisant.

Delanoë (2001a) précise que ces six représentations profanes témoignent d'un compromis entre l'expérience actuelle ou anticipée de la ménopause et le modèle médical dominant de la ménopause. Elles s'organisent sur un axe qui va d'un pôle négatif à un pôle positif. Si une forte minorité (39%) de femmes fait état d'une représentation plutôt négative de la ménopause, la majorité des femmes (44%), la considère comme un « non événement », n'amenant pas de changements particuliers. Enfin, une minorité (17%) rapporte une représentation très largement positive de la ménopause.

#### 1.2.4 Une transition inscrite parmi d'autres événements sociobiographiques

Plusieurs études qualitatives réalisées en Amérique en Europe du Nord ont souligné que pour les femmes, la ménopause constituait une période de transition marquant l'entrée dans un nouvel âge de la vie. La ménopause entraînerait un changement de statut amenant la femme à procéder à un réaménagement identitaire (Ballard *et al.*, 2001 ; Banister, 1999 ; Bernier, 2003 ; Granville, 2002). Elle participerait d'une prise de conscience plus aiguë du processus de vieillissement, signalant une démarcation symbolique entre les statuts renvoyant à la femme adulte et à la femme âgée (Banister, 1999 ; Bernier, 2003 ; Jones, 1994). Cette prise de conscience se fait au constat des changements corporels, généralement décrits comme des

pertes (d'énergie, de beauté, de jeunesse), et au travers du regard des autres, qui projette dans la vieillesse (Banister, 1999).

La ménopause constitue aussi pour certaines femmes une période permettant une réorientation et fournissant de nouvelles opportunités sur le plan professionnel ou personnel (Bernier, 2003 ; Granville, 2002 ; Massé, 2001 ; McPherson, 2002). Cette réorientation s'inscrit dans la trame d'autres événements biographiques et familiaux, qui sont parfois difficiles à négocier et peuvent accentuer la prise de conscience du vieillissement (Ballard *et al.*, 2001 ; Massé *et al.*, 2001 ; Winterich et Umberson, 1999). Les femmes sont d'ailleurs conscientes des interrelations entre les aspects psychosociaux de leur vie et leur expérience de la ménopause (Massé, 2001 ; O'Connor *et al.*, 1995). Elles estiment que certaines des transformations corporelles qu'elles constatent au moment de la ménopause, notamment la perte d'énergie, l'irritabilité, la détresse psychologique, ont une répercussion sur leur vie sociale et professionnelle, entraînant une détérioration des relations. Ces transformations peuvent aussi les amener à délaisser des rôles contraignants et à se recentrer sur certaines activités (Banister, 1999 ; Massé *et al.*, 2001).

Dans un article franco-québécois sur la « *Mise en science de la ménopause* » Kérisit et Pennec (2001), précisent qu'expliquer le vécu de la ménopause nécessiterait de considérer le parcours biographique des femmes et l'évolution de leurs relations au sein de la sphère professionnelle et privée. Cela semble d'autant plus pertinent pour les femmes arrivant maintenant à l'âge de la ménopause, qui jouent un rôle de « pivot » entre les générations qui les précèdent et celles qui leur succèdent. Ces femmes se trouvent en effet confrontées à un accroissement des tensions :

Outre les cessations d'activité des femmes et de leurs conjoints éventuellement, ce sont les confrontations aux enfants, jeunes adultes souvent à charge, et parfois aussi les difficultés de leurs ascendants qui rendent plus difficiles ces moments, indépendamment des vécus psychologiques. C'est plutôt la définition et la recomposition d'un nouveau temps de la vie qui concentre alors la réflexivité des femmes à la recherche d'une nouvelle carrière pour soi, située au delà d'une corporéité inflationniste centrée sur la ménopause. (Kérisit et Pennec, 2001, p. 145).

### 1.2.5 Une expérience qui varie selon le contexte culturel

Les études réalisées dans des pays hors Occident et les travaux adoptant une perspective comparative, malheureusement encore peu nombreux (Richters, 2002), ont mis en évidence la variabilité des symptômes rapportés, des conduites adoptées et souligné le caractère culturel des conséquences sociales de la ménopause. Dans sa comparaison de la ménopause chez les femmes nord-américaines et japonaises, Lock (1993) montre que ces dernières rapportent beaucoup moins de symptômes au moment de la ménopause que les femmes nord-américaines. De plus, elles mettent l'accent sur des manifestations somatiques différentes. La prévalence des bouffées de chaleur, symptôme emblématique de la ménopause en Occident est ainsi très faible au Japon (3% des femmes au foyer et 10% des femmes actives rapportent de telles manifestations<sup>19</sup>). A l'inverse, les symptômes les plus fréquemment rapportés (ankylose de l'épaule, céphalées, lumbago) ne sont pas spécifiquement liés à la ménopause en Occident. L'auteur observe également au Japon, une incidence plus faible des pathologies généralement associées au vieillissement féminin en Amérique du Nord, comme les maladies cardio-vasculaires, l'ostéoporose, ou le cancer du sein.

Selon Lock (1993), les représentations et le contexte socioculturel influent très largement sur l'expérience de la ménopause. Elle souligne ainsi qu'au Japon, la ménopause n'est pas perçue par les femmes japonaises ou le corps médical comme un événement très signifiant et reste peu médicalisée, la prescription de THS est d'ailleurs peu fréquente et limitée dans le temps. Le terme utilisé au Japon pour décrire la ménopause (« *kōnenki* ») décrit avant tout une transition vers un autre âge, qui s'inscrit dans un processus de vieillissement jugé normal. Pour les japonaises, ce ne sont pas les préoccupations à l'égard du vieillissement physiologique qui dominant à cette période de la vie mais plutôt l'investissement croissant dans leur rôle d'aidantes à l'égard des aînés, fardeau qui devient plus lourd au fur et à mesure que l'espérance de vie s'allonge.

Une autre étude portant sur les femmes du Cameroun, montre qu'en milieu rural, la ménopause engendre une profonde transformation du rôle et du statut de la femme (Abega

---

<sup>19</sup> L'auteur signale d'ailleurs qu'il n'existe pas au Japon de terme approprié pour décrire le phénomène des bouffées de chaleur qu'elle devait expliciter avec d'autres mots.

Vernazza-Licht, 2002). Elle entraîne une modification des pratiques au niveau de l'alimentation, met un terme aux contacts sexuels et introduit la femme dans un nouvel univers religieux. Les femmes bénéficient par ailleurs d'une nouvelle respectabilité leur permettant d'être, sur certains plans, considérées comme « égales » des hommes. Cette situation tend toutefois à évoluer en milieu urbain (Abega et Vernazza-Licht, 2002).

De manière générale, il semble que la ménopause soit mieux acceptée par les femmes et entraîne moins de symptômes dans les cultures où elle n'est pas synonyme d'une perte symbolique de statut mais leur permet, au contraire, d'accéder à des rôles sociaux plus valorisés. Au contraire, dans les cultures où les femmes perdent leur identité sociale avec la ménopause, cette période engendrerait de nombreux troubles pénibles et invalidants (Bowles, 1990 ; Delanoë, 2003 ; Guessous, 2000).

### 1.3 LES PRATIQUES DE GESTION DE LA MÉNOPAUSE

En Occident, l'une des pratiques les plus répandues au moment de la ménopause est le recours au système de soin qui débouche souvent sur la mise en place d'un traitement hormonal de substitution. Dans cette section, nous nous intéresserons tout d'abord à l'évolution du marché de l'hormonothérapie, puis présenterons les différents produits disponibles en France. Nous passerons également en revue les études quantitatives visant à expliquer le recours (ou le non recours) à l'hormonothérapie et les études qualitatives qui analysent le rapport qu'entretiennent les femmes à l'égard de ce traitement.

#### 1.3.1 L'hormonothérapie : une expansion ralentie par l'étude WHI

Même en Occident où la médicalisation de la ménopause est largement répandue, on observe d'importantes variations dans la prévalence d'utilisation du THS (Schneider, 1997). La proportion des femmes ménopausées suivant un traitement de substitution est ainsi estimée à environ 18% en Italie, 50% en Norvège, 35% en Allemagne (Zanchi, 2002), 60% au Royaume-Uni, et 38% aux Etats-Unis (Rymer *et al.*, 2003).

La proportion actuelle des femmes françaises sous THS n'est pas connue avec précision. Selon les enquêtes réalisées au cours des dix dernières années, elle se situerait entre 30 et 50% des femmes âgées de 48 à 64 ans, soit 1.5 à 2.7 millions d'individus (AFSSAPS-ANAES, 2004). Jusqu'à la publication de l'étude WHI, on observait en France, une augmentation régulière de la prévalence d'utilisation du THS.<sup>20</sup> Plusieurs facteurs laissent penser que la thérapie hormonale allait poursuivre son expansion. Le « marché de la ménopause » (i.e. des femmes ménopausées susceptibles d'être traitées) devait en effet s'accroître sous l'effet conjugué de la démographie et de l'augmentation de l'espérance de vie.<sup>21</sup> De plus, l'arrivée à la ménopause des femmes de la « générations pilule », plus habituées à un suivi gynécologique, plus soucieuses de leur santé et plus informées sur la ménopause et ses traitements, devait favoriser le développement du marché (Rozenbaum, 2000). Le remboursement des traitements (98% des produits sont remboursés à un taux qui varie de 30 à 65%) contribuait également à leur diffusion (Vainchtock et Lamarsalle, 2004).

En France, les THS figurent encore actuellement parmi les dix premières classes thérapeutiques les plus vendues (IMS/Le Généraliste, Anonyme, 2004b) avec 52 millions d'unités prescrites en 2003 (Vainchtock et Lamarsalle, 2004). Si le nombre de prescriptions n'a cessé de croître au cours des vingt dernières années, depuis la publication de l'étude WHI et surtout depuis l'essai MWS, la tendance s'est clairement inversée. Selon le baromètre IMS/Le Généraliste, les ventes en unités représentaient 2.2% des médicaments prescrits en France en 2002, contre 1,8 % en 2003 et 1.3% en août 2004, soit une baisse de plus de 40% par rapport à 2002 (Vainchtock et Lamarsalle, 2004 ; Pustoch, 2005).

---

<sup>20</sup> Une étude réalisée auprès d'une population féminine fréquentant un centre de soin de l'Est de la France, indique ainsi que la prévalence du THS y est passée de 8.1% en 1986 à 31.8% en 1993 (Ringa *et al.*, 1999).

<sup>21</sup> Depuis 1998, 300 000 à 500 000 femmes françaises atteignent en effet la ménopause chaque année et ce nombre ne commencera à décroître qu'en 2023 (AFSSAPS-ANAES, 2004).

### 1.3.2 Les traitements utilisés en France et en Amérique du Nord

#### 1.3.2.1 Les traitements hormonaux

En France, on prescrit très majoritairement le 17  $\beta$ œstradiol (Ringa *et al.*, 2004) qui est qualifié d'œstrogène « naturel » parce qu'il est l'imitation synthétisée du principal œstrogène produit par les ovaires avant la ménopause. Par opposition Premarin® (Whyeth), le produit leader en Amérique du Nord est souvent qualifié « d'hormone de synthèse » ou « d'hormone artificielle » parce qu'il ne reproduit pas la structure des œstrogènes endogènes. Ce produit, qui est quasiment absent du marché français, est pourtant composé d'œstrogènes provenant essentiellement de source « naturelle » (extraits d'urine de juments gravides), comme le souligne la société Whyeth dans la documentation (« *Estrogens Obtained Exclusively From Natural Sources* »).

En ce qui concerne les progestatifs, on trouve en France deux types de produits : des progestatifs synthétiques qui ne sont pas bio-identiques et de la progestérone micronisée,<sup>22</sup> également qualifiée de « progestérone naturelle » parce qu'elle reproduit la structure moléculaire de la progestérone endogène et qu'elle est parfois dérivée de plantes. Jusqu'à tout récemment, la France était le seul pays où était commercialisée la progestérone micronisée (Ringa, 2003). En Amérique du Nord, l'acétate de médroxyprogestérone (hormone synthétique) est le progestatif le plus prescrit (entre autres, sous le nom commercial de Provera®) ; c'est aussi le plus étudié. Ce dérivé synthétique est très peu utilisé en France bien que présent dans quelques spécialités combinant œstrogènes et progestatifs (Hassoun, 2003).

Cette opposition entre hormones « synthétiques » et « naturelles » est loin d'être évidente. Il n'existe en effet pas de traitements hormonaux qui soient à la fois parfaitement bio-identiques et totalement naturels (Reed-Khane, 2003).<sup>23</sup> Même les phytoestrogènes, qui sont présentés

---

<sup>22</sup> La progestérone micronisée subit un traitement fractionnant les molécules en particules de très petite taille (de l'ordre du micron) pour être plus facilement assimilables par l'organisme.

<sup>23</sup> Selon Rheed-Khan (2003), l'origine naturelle ou artificielle de l'hormone aurait en fin de compte assez peu d'importance ; c'est plutôt le caractère bio-identique qui fait la différence. Des répliques exactes des hormones endogènes seraient en effet plus facilement métabolisées par l'organisme laissant moins de résidus et entraînant moins d'effets nocifs.

comme « naturels » par excellence, parce que produits à base de plantes, ne sont pas bio-identiques et peuvent contenir des produits de synthèse (Ringa, 2003).

Plusieurs modes d'administration sont disponibles pour les THS. La voie orale est la forme la plus ancienne et permet toutes les combinaisons œstrogènes/progestatifs. Il existe également différents THS disponibles par voie cutanée ou transdermique (sous forme de gels ou de « patchs »). Si toutes les hormones sont métabolisées par le foie, celles qui sont administrées par la voie orale arrivent plus massivement entraînant une hypercoagulabilité, ce qui augmenterait les risques thromboemboliques (Hassoun, 2003 ; Ringa, 2003).

La France présente une particularité d'administration, la voie cutanée concernant la moitié des prescriptions (AFSSAPS-ANAES, 2004 ; Joubert, 2003) alors qu'en Amérique du Nord, c'est la voie orale qui domine. Il existe également en France des œstrogènes administrés par voie nasale sous forme d'aérosol, mais ces produits sont en perte de vitesse n'étant plus remboursés par le régime de Sécurité Sociale. Certains traitements de substitution reproduisent le rythme des cycles avec des règles artificielles (schéma discontinu), d'autres n'induisent pas de règles (schéma continu). En France, les protocoles discontinus sont préférés par les médecins, surtout dans les premières années de traitement (Bercier, 2003), tandis que les femmes seraient de plus en plus demandeuses de protocoles sans règles (AFEM-Solvay Pharma, 2002).

Le dernier élément à considérer est le dosage des traitements, qui diffère d'un produit et d'une prescription à l'autre. La dose utile est celle qui calme les symptômes du climatère mais celle-ci varie selon les femmes car la métabolisation des hormones dans l'organisme est fonction de l'âge, du poids, du tabagisme, d'où l'importance de personnaliser la prescription (Ringa, 2003). En France, depuis l'introduction des THS, les guides de pratique recommandent la prescription de doses de plus en plus faibles qui sont mieux tolérées. Aux Etats-Unis, les prescriptions sont généralement plus fortement dosées et plus standardisées (Ringa, 2003).

### 1.3.2.2 Les autres traitements de la ménopause

D'autres voies thérapeutiques que les THS sont disponibles au moment de la ménopause. Les traitements alternatifs de la ménopause et plus particulièrement les phytoestrogènes qui visent comme les THS à pallier la baisse œstrogénique, connaissent un succès grandissant. Disponibles en vente libre, ces produits sont des compléments alimentaires et ne sont donc pas soumis à une autorisation de mise sur le marché (AMM) comme cela est exigé des médicaments. Ils ne sont pas non plus remboursés par la Sécurité Sociale française. L'offre sur le marché est d'une grande diversité et ne cesse de se développer. On trouve ainsi des extraits de plantes (isoflavones, lignanes et coumestanes) mais aussi des produits de synthèse ; il n'y a pas de standardisation des dosages (Hassoun, 2003 ; Ringa, 2003). La popularité des phytoestrogènes a été renforcée par la médiatisation des études WHI et MWS qui signalent les risques associés à la prise d'un THS. Nombre d'articles parus dans la presse féminine et de santé depuis 2002, attribuent aux phytoestrogènes et particulièrement aux produits à base de soja, une multitude de bénéfices, revendiquant notamment une action préventive contre le cancer, la suppression des effets indésirables de la ménopause, une protection contre les maladies cardio-vasculaires, et souvent une action anti-vieillesse cutané. Les effets des phytoestrogènes sur les symptômes vasomoteurs ou la sécheresse vaginale sont encore assez peu documentés (Hassoun, 2003). Dans son rapport de mise au point sur le traitement hormonal substitutif de la ménopause l'AFSSAPS (AFSSAPS-ANAES, 2004) a déconseillé la prescription de ces produits soulignant qu'ils n'avaient pas fait l'objet d'évaluations et pourraient présenter les mêmes risques que les THS. Ces produits semblent toutefois contribuer à réduire l'intensité des bouffées de chaleur (Dodin *et al.*, 2003 ; Ringa, 2003 ).

L'homéopathie peut également être utilisée pour limiter les bouffées de chaleur ou la sécheresse vaginale, par une action plus générale. Cette pratique est surtout vantée dans des ouvrages de vulgarisation ou des documents à caractère commercial. Elle n'est mentionnée dans aucun des textes récents recensant les traitements de la ménopause disponibles en France (voir par exemple, Hassoun, 2003 ; Ringa, 2003, AFSSAPS - ANAES, 2004).

Il existe également des médicaments qui ne visent pas à compenser la baisse œstrogénique mais agissent sur ses conséquences, notamment la perte osseuse et les bouffées de chaleur. En France, les médecins disposent ainsi de molécules qu'ils peuvent prescrire pour prévenir l'ostéoporose comme les biphosphonates qui bloquent la résorption osseuse, ou les SERMs (*Selective Estrogen Receptor Modulator*) qui contribuent également à freiner la perte osseuse. Les traitements symptomatiques des troubles vasomoteurs utilisés en France sont le Véralipride, un neuroleptique et le Beta-alanine (Abufène®) qui aurait une action vasculaire (Hassoun, 2003 ; Ringa, 2003).

### 1.3.3 Les variables expliquant le recours au traitement hormonal de substitution

En Europe et en Amérique du Nord, de nombreuses études ont été menées sur les comportements des femmes en matière d'initiation et d'interruption d'un traitement hormonal. Ces travaux ont principalement exploré les relations entre la prise d'un THS et les variables sociodémographiques, la présence de symptômes vasomoteurs et le suivi gynécologique. Nous allons, compte tenu de la localisation de notre terrain, nous limiter à la présentation des travaux réalisés en France.

#### 1.3.3.1 Les caractéristiques des femmes sous THS en France

##### - Les caractéristiques sociodémographiques

Plusieurs études ont montré que les femmes sous THS provenaient de milieux socio-économiques plus favorisés. Elles ont un niveau de revenu (Fauconnier *et al.*, 2000, Delanoë, 2001a) et d'études plus élevés (Bercier, 2003 ; Delanoë, 2001a ; Kuntz *et al.*, 2004 ; Ringa *et al.*, 1992) et sont plus souvent actives et urbaines (Ringa *et al.*, 1992, Delanoë, 2001, Haulot, 2001). A l'inverse, les femmes qui ne suivent pas de THS sont plus nombreuses à avoir un niveau d'études primaires et un niveau économique modeste et vivent plus souvent en milieu rural (Delanoë, 2001a).

En France, l'âge moyen de début de traitement coïncide avec celui de la ménopause (50.5 ans dans l'étude de Bercier 2003). La plupart des médecins recommandent d'attendre un an d'aménorrhée, soit l'installation complète de la ménopause avant de débiter un traitement THS. Fauconnier *et al.* (2000) notent toutefois que beaucoup des femmes de leur étude avaient commencé leur traitement avant la fin de cette période de 12 mois.

La proportion des femmes sous THS diminue avec l'âge et la durée de la ménopause, les femmes plus jeunes, c'est à dire de moins de 60 ans, étant plus nombreuses à suivre un THS (Delanoë, 2001a ; Haulot, 2001 ; Mohammed-Cherif, 2000 ; Sofres, 1998 ). Plusieurs facteurs contribuent à cet effet d'âge. Tout d'abord, les symptômes ménopausiques sont plus importants dans les premières années de ménopause. Par ailleurs, l'observance diminue après 3 à 4 ans de traitement. Enfin, les médecins semblent plus réticents à traiter des femmes plus âgées (Bercier, 2003). Il existe peut-être également un effet de génération, les femmes plus jeunes étant plus informées des symptômes associés à la ménopause, elles seraient plus enclines à se traiter (Delanoë, 2001a ; Haulot, 2001).

- La présence de symptômes vasomoteurs et l'histoire gynécologique

Différentes études montrent que les femmes qui font l'expérience de symptômes qu'elles associent à la ménopause, notamment les bouffées de chaleur, sont plus nombreuses à suivre un traitement ou à envisager de le faire (Delanoë, 2001a ; Fauconnier *et al.*, 2000). A l'inverse, celles qui ne suivent pas de traitement déclarent peu de symptômes reliés à la ménopause (Delanoë, 2001).

L'existence d'une intervention chirurgicale gynécologique comme l'hystérectomie ou l'ovarectomie, procédures entraînant une chute brutale de la production endocrinienne, constitue également un facteur important. Celle-ci préside à la mise en place d'un traitement substitutif par œstrogènes seuls (Delanoë, 2001a ; Fauconnier *et al.*, 2000 ; Ringa *et al.*, 1992). Plusieurs études ont par ailleurs souligné que les femmes sous THS sont plus nombreuses à avoir utilisé une méthode contraceptive par le passé (pilule ou stérilet) (Bercier, 2003 ; Delanoë, 2001a), ce qui n'est pas le cas de la ligature des trompes qui constitue sans

doute « un mode de contraception plus passif » (Bercier, 2003, p.106). La durée et la prévalence d'utilisation du THS s'élèvent proportionnellement à la durée de prise du contraceptif oral qui conditionne peut-être les femmes à la rigueur ou au rituel de cette pratique (Bercier, 2003)

- Le suivi gynécologique : la spécificité française de la gynécologie médicale

En France, 60% des femmes consultent un gynécologue au moins une fois par an (Sofres, 1998). Les femmes qui sont sous THS sont significativement plus suivies par un gynécologue (Bercier, 2003 ; Mohammed-Cherif *et al.*, 2000 ; Ringa *et al.*, 2004), ces praticiens étant responsables de 66% des prescriptions (Etude Permanente de la Prescription Médicale 2003, citée dans Vainchtock et Lamarsalle, 2004). D'après l'étude française de Delanoë (2001a), consulter un gynécologue multiplie par six la probabilité de suivre un THS alors que consulter un généraliste n'influe pas sur la prise du traitement. Les femmes sous THS sont également plus nombreuses à s'être engagées dans des comportements de prévention gynécologiques (mammographie, frottis cervical) (Kuntz *et al.*, 2004).

Plusieurs facteurs expliquent l'importance de la prescription du THS par les gynécologues. Tout d'abord, les femmes qui les consultent sont plus nombreuses à présenter des symptômes sévères à la ménopause (Delanoë, 2001a). Les généralistes renvoient de plus volontiers leurs patientes vers un gynécologue au moment de la ménopause, le nombre important de traitements hormonaux disponibles sur le marché et leur complexité décourageant probablement certaines des initiatives de prescription (Ringa *et al.*, 2004). Enfin, jusqu'à la publication de l'étude WHI, les gynécologues semblaient plus enclins à proposer une thérapie hormonale que les généralistes aux femmes asymptomatiques (Ringa *et al.*, 2004).

On compte en France 7375 gynécologues dont 5524 sont des gynécologues chirurgiens obstétriciens et 1851 des gynécologues médicaux. Ces praticiens, notamment ceux qui pratiquent en cabinet de ville (66% des praticiens), s'adressent aux adolescentes puis aux femmes tout au long de leur vie (Sicart, 2002). Ils jouent auprès de beaucoup d'entre elles « le rôle autrefois dévolu au médecin de famille » (Dagnaud et Mehl, 1998, p. 271). La

profession gynécologique a été décrite par Dagnaud et Mehl (1998, p. 284) comme une profession « « sous influence »<sup>24</sup> : celle des femmes, de leurs désirs, de leurs tourments, de leurs valeurs, de leur mouvement émancipateur ». La proximité socio-économique (surreprésentation des catégories socioprofessionnelles élevées au sein de la clientèle des gynécologues (Le Goaziou, 1998) et la féminisation de la profession ont favorisé cette ouverture à l'égard de la demande sociale des femmes (Dagnaud et Mehl, 1998). En effet, en France, la gynécologie médicale joue un rôle très important dans le suivi de la ménopause (Löwy et Weisz, 2005 ; Ringa *et al.*, 2004 ). Cette spécialité largement féminisée,<sup>25</sup> émerge dans les années 1950, elle constitue une exception française.<sup>26</sup> Elle se différencie de la gynécologie obstétrique (profession à dominante masculine) qui est devenue de plus en plus technique et chirurgicale, notamment avec le développement de la procréation médicalement assistée. Elle est aujourd'hui axée sur la contraception, le dépistage des infections sexuellement transmissibles et des cancers, et le suivi de la ménopause (Löwy et Weisz, 2005).

Dès les débuts de son existence, la gynécologie médicale s'est fortement intéressée à l'endocrinologie (Löwy et Weisz, 2005). Le statut central et identitaire des traitements hormonaux pour la profession s'affirme plus encore dans les années 1960, lorsque la gynécologie médicale s'associe au mouvement pour le Planning Familial qui défendait l'accès des femmes à la contraception et à l'avortement (Chaveau, 2003). En 1982, la formation spécifique à la gynécologie médicale est supprimée dans le cadre de la réforme des études médicales qui fait suite à une directive européenne. Elle a été rétablie en 2002 sous la pression des gynécologues médicaux et de leurs patientes qui semblent très attachées à préserver l'accès à leur gynécologue de ville (Comité de défense pour la gynécologie médicale, 2003 ; Sofres, 1998). Conséquence de la démographie médicale et de la disparition de la gynécologie médicale dans les années 1990, les effectifs de la profession ont vieilli, ce qui entraîne une grande proximité d'âge entre ces femmes médecins et leurs patientes

---

<sup>24</sup> Guillemets dans le texte

<sup>25</sup> Les femmes représentent 90% des gynécologues médicaux contre 34.6% des gynécologues obstétriciens (Sicart. 2002).

<sup>26</sup> Dans les autres pays européens, à l'exception du Portugal, les gynécologues sont tous obstétriciens.

ménopausées.<sup>27</sup> Depuis plusieurs années, les gynécologues médicaux dénoncent la dégradation de leurs conditions d'exercice. La dévalorisation financière des actes gynécologiques les moins techniques touche en effet plus particulièrement cette spécialité. De plus, ces praticiens se plaignent de manquer de temps pour recevoir les femmes et accueillir de nouvelles patientes (Comité pour la défense de la gynécologie médicale, 2003).

- Articulation de la prise du THS avec d'autres pratiques de gestion du corps

Les femmes qui suivent un THS sont plus nombreuses à faire du sport et à faire attention à leur alimentation (Delanoë, 2001a). Elles accordent également plus d'importance à l'apparence physique et à la séduction et font un plus grand usage des cosmétiques (maquillage et application de crème anti-rides au quotidien) (Delanoë, 2001a). Fauconnier *et al.* (2000) observent d'ailleurs une relation linéaire entre l'utilisation de cosmétiques et la prise de THS et ce, indépendamment d'autres variables, notamment du statut socio-économique.

### 1.3.3.2 Les motivations à l'origine du recours ou du non recours au THS

Nombre d'études précisent que les motivations de la prise d'une thérapie hormonale sont essentiellement curatives. Les femmes seraient en effet plus soucieuses de soulager les symptômes de la ménopause, notamment les bouffées de chaleur et les troubles psychologiques, comme l'anxiété et la dépression, que de prévenir à long terme les risques associés à la fin de la production ovarienne (Garton *et al.*, 1995 ; Hunter *et al.*, 1997 ; Légaré *et al.*, 2000 ; Utian et Schiff, 1994). La prise du THS viserait ainsi une amélioration de la qualité de la vie (Légaré *et al.*, 2000 ; Liao et Hunter, 1994). D'autres études soulignent aussi l'importance des stratégies préventives (Delanoë, 2001a ; Limouzin-Lamothe, 1996 ; Ringa *et al.*, 1994). Toutefois, il est important de souligner que cette indication est largement mise en avant par les médecins prescripteurs, ce qui en fait sans doute un motif plus « légitime » de recours au traitement.

---

<sup>27</sup> En 2002, l'âge moyen des gynécologues médicaux était de 50.6 ans et 85% d'entre eux avaient 45 ans et plus (Sicart, 2002).

En France, les femmes qui n'ont pas pris de THS, avancent plusieurs explications. Certaines refusent de médicaliser un événement qu'elles jugent naturel, 17 à 45% des femmes selon les études (Delanoë, 2001a ; Le Goaziou, 1998). D'autres, qui déclarent une ménopause asymptomatique, considèrent qu'elles n'ont pas besoin de traitement, 40 à 46% selon les études (Delanoë, 2001a ; Le Goaziou, 1998 ; Sofres, 2002). L'existence d'une contre indication au THS est évidemment aussi un des motifs du non recours au traitement, variant entre 13 et 27% selon les études (Delanoë, 2001a ; Le Goaziou, 1998 ; Limouzin-Lamothe, 1996 ; Sofres, 2002). Enfin, certains des effets secondaires pressentis peuvent être à l'origine du refus de THS : peur d'une prise de poids (6 à 20% selon les études), désagréments associés à la persistance ou au retour des règles (10 à 18% selon les études, Delanoë, 2001a ; Sofres, 2002 ; Le Goaziou, 1998), ou peur du cancer (8 et 14% selon les études, Delanoë, 2001a<sup>28</sup> ; Le Goaziou, 1998).

#### 1.3.3.3 Bénéfices, effets secondaires et motifs d'arrêt du traitement

D'après les études réalisées en France, la grande majorité des femmes sous THS note des bénéfices à la prise du traitement (Bercier, 2003 ; Delanoë, 2001a ; Limouzin-Lamothe, 1996). Ainsi, 86% des femmes interrogées dans l'étude de Delanoë (2001a), jugent que le traitement hormonal est efficace sur les problèmes de santé qu'elles associent à la ménopause. Une proportion importante de femmes se plaint toutefois d'effets secondaires. Un quart des femmes sous THS dans l'étude de Bercier (2003) rapportent ainsi une prise de poids, des métrorragies, des tensions et des douleurs mammaires, des migraines, des nausées, une sensation de jambes lourdes et des ballonnements abdominaux.

En moyenne, les femmes poursuivent le traitement pendant trois à quatre ans mais plus de la moitié l'arrête pendant la première année ou le prennent de manière discontinue (Rozenbaum, 2000). Les motifs déclarés d'arrêt du traitement sont largement liés aux effets secondaires avec, en tête, la prise de poids, 20.5% des femmes dans l'étude de Bercier (2003) et 23% dans celle de Delanoë (2001a), et les saignements qu'occasionne la prise de traitements discontinus (respectivement 13.6% et 7%).

---

<sup>28</sup> Dans l'enquête quantitative de Delanoë, la peur des hormones, du cancer, de la prise de poids ne sont pas au premier plan mais sont mentionnées dans les entretiens.

L'apparition de contre-indications au traitement peut également motiver son interruption, 18 à 21 % des femmes selon les études (Bercier, 2003 ; Delanoë, 2001a ; Sofres, 2002). Le sentiment d'inutilité du traitement, qu'il soit jugé inefficace ou que les femmes constatent un arrêt de la symptomatologie lors d'interruptions, varie entre 20 et 30% selon les études (Bercier, 2003 ; Delanoë, 2001a). L'aspect contraignant du traitement est également mentionné comme cause d'arrêt dans 10% des cas et concerne surtout l'utilisation des gels (Bercier, 2003). Enfin, la peur du cancer ou des hormones est à l'origine d'un certain nombre d'interruptions du traitement. Elle constitue aussi une des motivations du non recours au THS (Bercier, 2003) mais semble moins souvent mentionnée dans ces études réalisées avant la WHI (Delanoë, 2001a).

#### 1.3.4 Attitudes, représentations et usages du traitement hormonal de substitution

Plusieurs études qualitatives réalisées dans différents pays soulignent que la prise d'un THS est fortement liée aux attitudes et aux représentations à l'égard de la ménopause (Griffiths, 1999 ; Delanoë, 2001 ; Hunter *et al.*, 1997 ; Hunskaar et Backe, 1992 ; Stephens *et al.*, 2002<sup>29</sup>). Les femmes qui adhèrent au modèle biomédical de la ménopause et ont une représentation plus négative de cet événement, semblent plus nombreuses à suivre un traitement ou à envisager de le faire (Delanoë, 2001a ; Liao et Hunter, 1994). A l'inverse, celles qui ne suivent pas de THS semblent moins souvent associer la ménopause à une perte importante du capital santé (Delanoë, 2001a).

La prise d'une hormonothérapie de substitution renvoie également aux représentations des femmes à l'égard des THS et plus généralement des médicaments (Griffiths, 1999 ; Hunter *et al.*, 1997). Enfin, le recours au THS semble également à mettre en relation avec les bénéfices attendus du traitement, notamment sa capacité à réguler les symptômes associés à la ménopause (Delanoë, 2001a). Les usages du traitement hormonal ne se limitent toutefois pas à la dimension médicale, comme nous allons le voir dans la section suivante.

---

<sup>29</sup> A l'exception de l'étude de Delanoë (2001a), ces études n'utilisent pas le concept de « représentations » et emploient plutôt la notion « d'attitudes » ou « d'opinions ».

#### 1.3.4.1 Les usages du traitement hormonal de substitution

Delanoë (2001a) qui est l'un des rares auteurs à avoir étudié de manière approfondie les usages sociaux du traitement hormonal de substitution, montre que celui-ci peut être considéré comme un moyen d'agir sur la perte du capital santé (usage largement documenté dans les études quantitatives), de préserver le capital esthétique et de prolonger la valeur sociale de la femme. Pour les femmes françaises de 45 à 65 ans interrogées dans son étude, le traitement est d'abord médical (88%), puis symbolique (60%) et enfin cosmétique (50%).

- Le THS : un médicament biomédical à l'action curative et préventive

L'utilisation du THS pour réguler les troubles du climatère est très largement mise en avant par les femmes dans les études qualitatives. Les femmes insistent particulièrement sur la prévention des bouffées de chaleur et des symptômes dépressifs (Delanoë, 2001a ; Hunter *et al.*, 1997). La prévention de l'ostéoporose est également mentionnée mais semble moins importante sauf lorsqu'un risque génétique est identifié, ce qui le rend plus individuel (Andrist, 1998 ; Delanoë, 2001). Ce risque peut alors justifier un traitement même chez les femmes qui souhaitaient s'en passer. La connaissance d'un proche ayant fait l'expérience de la maladie joue dans le même sens (Delanoë, 2001a).

Dans une perspective plus traditionnelle, mais aussi plus marginale, le THS peut être envisagé comme un moyen de recréer des règles (hémorragies de privation) auxquelles certaines femmes attribuent, selon le modèle galénique, la capacité d'éliminer les résidus de la digestion. Les règles produites artificiellement sont alors interprétées comme ayant une fonction de « renouveau » (Delanoë, 2001a).

- La recherche de bénéfices cosmétiques

La dimension cosmétique est moins importante que la dimension médicale et concerne essentiellement l'effet attribué au traitement sur la peau qui serait plus hydratée et moins ridée et sur la chevelure (ralentissement de la chute de cheveux et préservation de la beauté du cheveu). En effet, bien que les études réalisées jusqu'à présent n'aient montré qu'un effet

mineur du THS sur l'apparence de la peau, l'idée selon laquelle son utilisation permettrait de prévenir l'apparition des rides et le vieillissement est largement véhiculée par les médias et l'industrie pharmaceutique, quand elle ne l'est pas aussi par certains médecins (Fauconnier *et al.*, 2000)

De manière générale, les femmes plus attentives à leur santé et à leur hygiène de vie sont plus favorables au traitement et plus nombreuses à suivre une thérapie hormonale ou à envisager de le faire (Delanoë, 2001a ; Fauconnier *et al.*, 2000). Le traitement hormonal semble ainsi s'inscrire dans une logique de « souci de soi », à la fois hygiéniste et cosmétique. Il permet de préserver le capital cosmétique qui revêt une « importance particulière chez une partie des femmes de ces milieux [favorisés] où dominant le « souci du paraître » et la croyance à « la valeur de la beauté et à la valeur de l'effort pour s'embellir » (Delanoë, 2003, p. 119-120<sup>30</sup>). Le THS constitue ainsi une pratique de « distinction » au sens de Bourdieu (1979). Le recours à cette pratique apparaît en effet plus légitime à certains groupes sociaux favorisés, inscrivant les distances sociales dans le rapport au corps.

- Le traitement hormonal comme moyen de repousser l'entrée dans la vieillesse

Le traitement est également envisagé comme un moyen de maintenir l'énergie vitale et de retarder l'assignation à la catégorie de « vieille femme ». La prise de THS est ainsi perçue comme réduisant ou supprimant la perte de capital symbolique associée à la ménopause (Delanoë, 2001a). Pour une minorité de femmes, la prise du THS s'inscrit également dans une volonté de maintenir les règles qui sont interprétées comme un signe de féminité, l'arrêt des menstruations marquant la fin de l'appartenance au genre féminin (Delanoë, 2001a ; Lachowsky, 2003b). D'autres études qualitatives réalisées en Nouvelle Zélande (Stephens *et al.*, 2002) et au Royaume-Uni (Hunter *et al.*, 1997) mais aussi quantitatives, comme celle de Légaré *et al.* (2000) menée au Québec, ont également souligné que le THS pouvait être utilisé pour préserver la performance dans les sphères professionnelle et privée, notamment en contrôlant les sautes d'humeur qui rendent plus difficiles les relations avec l'entourage et les symptômes pénibles de la ménopause qui menacent la productivité au travail.

---

<sup>30</sup> Guillemets dans le texte.

#### 1.3.4.2 L'ambivalence des femmes à l'égard des THS

Plusieurs études anglo-saxonnes qualitatives ont mis en évidence l'ambivalence des femmes à l'égard des THS. Ces produits sont tour à tour considérés comme des médicaments efficaces (les femmes faisant alors largement référence au répertoire biomédical pour décrire et évaluer leurs bénéfices) ou des produits chimiques perturbant le cycle naturel des femmes. Nombre de femmes semblent également s'interroger sur les dangers potentiels de l'utilisation à long terme de ces traitements (Hunter *et al.*, 1997 ; Stephens *et al.*, 2002). Cette inquiétude semble avoir progressé depuis la publication de l'étude WHI, comme en témoigne l'évolution des pratiques des femmes dans certains pays (voir la section 1.3.5.3).

Ces ambivalences se retrouvent au niveau de la prise de décision d'initier une hormonothérapie. Si les femmes sont nombreuses à témoigner de leur volonté de résister à la médicalisation de la ménopause, elles déclarent aussi se baser largement sur l'avis du médecin pour prendre leur décision (Griffiths, 1999 ; Hunter *et al.*, 1997 ; Stephens *et al.*, 2002). Certaines femmes se disent assez méfiantes à l'égard de la prise de médicaments en général et notamment des hormones et semblent plus enclines à soulager les symptômes qui peuvent accompagner la ménopause par des pratiques d'exercice et une alimentation adaptée (Griffiths, 1999 ; Hunter *et al.*, 1997).

#### 1.3.5 La prise d'un traitement hormonal : un processus au cœur de l'interaction

Les femmes mobilisent au moment de la ménopause de multiples sources d'information qui leur permettent de se renseigner sur la ménopause et les options de traitement disponibles. Selon différents travaux réalisés dans des pays anglo-saxons, la prise d'un THS semble ainsi s'inscrire dans le cadre de multiples interactions impliquant différents acteurs : le médecin, l'entourage, le réseau social et les médias (Ambler Walter, 2000 ; Andrist, 1998 ; Griffiths, 1999 ; Hunnskaar et Backe, 1992 ; Hunter *et al.*, 1997 ; Marmoreo *et al.*, 1998 ; Stephens *et al.*, 2002).

### 1.3.5.1 La relation avec le médecin

Dans plusieurs pays, le médecin apparaît comme un des principaux informateurs sur la ménopause, ses conséquences et ses traitements. La recommandation médicale semble ainsi jouer un rôle très important dans la décision des femmes concernant les THS (Clark *et al.*, 2003 ; Halbert, 1998 ; Hunter, 1994 ; Massé *et al.*, 2001 ; McIntosh et Blalock, 2005 ; Ringa *et al.*, 2004 ).

En France, plusieurs auteurs font état d'une décision partagée soulignant que les femmes se placent au cœur du processus d'initialisation de la thérapie hormonale (Bercier, 2003, Delanoë, 2001). Dans l'enquête de Delanoë (2001a), plus de la moitié des femmes estime ainsi jouer un rôle actif dans ce processus.<sup>31</sup> Attali (2003), fait remarquer que le traitement n'étant pas vital, la prescription de THS ne peut se baser uniquement sur des arguments épidémiologiques et nécessite l'engagement d'une véritable négociation. Les consultations de ménopause concernent en effet « des femmes qui ne sont pas malades, qui demandent des informations et des explications et qui souhaitent être écoutées » (Attali, 2003, p.155). Il semble que les femmes qui ont pu participer au choix de l'option thérapeutique et s'estiment bien informées sont relativement satisfaites de leur traitement ; elles témoignent d'une observance plus élevée (Fauconnier *et al.*, 2000, Attali, 2003).

Une étude réalisée au Québec questionne l'évidence de cette collaboration médecin-patient (Massé *et al.*, 2001). Ces auteurs soulignent que la consultation est souvent l'occasion pour le médecin de présenter sa vision de la ménopause et des thérapies disponibles en insistant sur les bénéfices à long terme du THS, notamment vis à vis des risques d'ostéoporose. Les valeurs personnelles, les attentes, les croyances et le vécu des femmes sont par contre rarement sollicités, entendus et pris en considération. Ces auteurs soulignent aussi le caractère contraignant de la consultation médicale. Plusieurs des femmes et des médecins rencontrés en entrevue considéraient ainsi la ménopause comme un événement aux multiples dimensions physiologiques, psychologiques et sociales. Toutefois, pendant la consultation, la dimension biomédicale restait largement dominante (Massé *et al.*, 2002).

---

<sup>31</sup> Dans cette étude (Delanoë, 2001a), 44% des participantes déclaraient que leur décision était conjointe à celle du médecin, 7% qu'elle résultait d'un choix personnel uniquement, et 47% de la décision du prescripteur.

L'implication de la patiente dans la prise de décision s'inscrit dans un contexte où l'accent est mis sur le risque de maladie et la promotion de la santé, soit des dimensions médicales de la ménopause. La patiente bien informée doit alors assumer la responsabilité de son choix vis-à-vis du THS (Murtagh et Hepworth, 2003), ce qui constitue une décision souvent difficile (Kaufert et Lock, 1997). L'implication de la patiente dans la prise de décision à l'égard des THS semble aussi émaner d'une volonté des médecins de se protéger des risques judiciaires. Elle débute ainsi aux Etats-Unis à la fin des années 1970, dès lors que des risques de cancer sont identifiés (Kaufert et McKinlay, 1985). Elle apparaît ainsi comme un moyen pour le médecin de gérer le fait qu'en l'état actuel des connaissances, il est difficile de prédire ce qu'il adviendra de la patiente sous traitement hormonal.

#### 1.3.5.2 Le rôle de l'entourage et des réseaux sociaux

Le rôle de l'entourage dans la prise de décision de s'engager dans une thérapie hormonale reste encore assez peu documenté. Quelques études anglo-saxonnes ont montré que les personnes de l'entourage familial, notamment le conjoint, pouvaient constituer des destinataires indirects du traitement (Ambler Walter, 2000, Marmoreo *et al.*, 1998 ; Légaré *et al.*, 2000). La thérapie est alors utilisée pour préserver la qualité de la relation. La prise de THS semble d'ailleurs plus fréquente chez les femmes mariées que chez les femmes célibataires ou divorcées (Kuntz *et al.*, 2004).

Le réseau social et notamment les femmes concernées par la ménopause, peuvent également constituer des sources importantes d'information sur cette période et influencer les attitudes des femmes à l'égard du traitement (Banister, 1999 ; Fisher, 2000 ; Griffiths, 1999 ; Marmoreo *et al.*, 1998 ). Les femmes réfèrent également au capital génétique hérité de leur mère et à son expérience personnelle de la ménopause. (Marmoreo *et al.*, 1998) mais semblent préférer échanger avec leurs consœurs qu'avec cette dernière qui les confronte souvent à une représentation négative et assez fataliste de la ménopause (Banister, 1999).

### 1.3.5.3 Le rôle des médias

Les médias, et notamment la presse magazine, constituent également une source d'information importante sur la ménopause et les thérapies disponibles (Andrist, 1998 ; Griffiths, 1999 ; Hunskaar et Backe ; 1992). Ils sont cités comme supports importants, tant par les femmes qui prennent un THS, que par celles qui le refusent par crainte des risques de cancers (Andrist, 1998).

Les travaux évaluant l'impact de la publication de l'étude WHI sur les pratiques des femmes à l'égard du THS sont encore peu nombreux. Ils semblent toutefois indiquer que la diffusion des informations relatives à l'essai WHI a entraîné des modifications dans les pratiques des femmes, dont l'ampleur semble varier selon les pays. Deux études américaines réalisées auprès d'échantillons non représentatifs (Haskell, 2004 ; McIntosh et Blalock, 2005), montrent qu'une majorité de femmes a modifié ou interrompu le traitement suite à la publication de la WHI. Ces femmes témoignaient d'une moindre confiance à l'égard du prescripteur (McIntosh et Blalock, 2005). Une autre étude réalisée en Nouvelle Zélande (Lawton *et al.* 2003) indique qu'une très forte majorité des femmes avait discuté des résultats de l'étude avec un soignant (83%). Par ailleurs, 58 % des femmes avaient interrompu leur traitement parmi lesquelles 18% l'avaient repris. Les femmes ayant interrompu la thérapie étaient plus âgées, sous traitement depuis plus longtemps et utilisaient plus souvent une combinaison d'œstrogènes et de progestatifs (produits incriminés dans l'étude WHI par opposition aux œstrogènes seuls). La reprise du traitement était motivée par la réapparition des symptômes ou par le fait qu'il permettait aux femmes de se sentir mieux. Une autre étude réalisée au Chili auprès de patients et de cliniciens (Blümel *et al.*, 2004), souligne qu'une forte majorité des femmes sous THS avait contacté leur médecin (56.7%) mais que seules 6.6% avait abandonné leur traitement.

En France, un sondage réalisé en 2003 par la Sofres pour le compte de l'ANAES, indique que parmi les femmes de plus de 50 ans qui prenaient un THS en décembre 2003, 28.7% avaient arrêté leur traitement dont 30% en raison d'informations entendues dans les médias, 24% par peur du cancer, 13% parce que le traitement leur semblait inefficace, et 12% en raison d'effets secondaires (Perez, 2004). Un autre sondage Sofres-Orion (Lachowsky, 2003a)

montre que les femmes ménopausées n'avaient pas toutes connaissance de l'étude WHI (44% seulement en avaient entendu parler). Parmi celles qui connaissaient l'étude WHI, 55% avaient été inquiétées par les résultats de l'étude, 48% en avaient discuté les résultats avec leur médecin habituel, et 19% avaient arrêté le traitement entre juin 2002 et mai 2003. Pour une majorité de femmes (63 %), la thérapie hormonale restait satisfaisante. La moitié des femmes qui avaient arrêté leur traitement se plaignait d'une détérioration de la qualité de vie.

### 1.3.6 Le recours à des stratégies alternatives de prise en charge de la ménopause

Si le recours au système de soins est largement répandu à la ménopause et débouche souvent sur une hormonothérapie de substitution, les femmes peuvent aussi envisager des moyens d'action alternatifs, voire complémentaires au THS pour gérer cette étape. Toutefois, les études documentant ces pratiques sont peu nombreuses. Deux études américaines réalisées auprès de femmes de classes moyenne et supérieure et bénéficiant d'un niveau d'éducation élevé indiquent que celles qui n'utilisent pas de THS recourent souvent à d'autres stratégies au moment de la ménopause (Bernhard, 1997 ; Constance et Fowles, 2003). Ces pratiques, qui sont jugées plus « naturelles », visent à atténuer les symptômes de la ménopause (modification du régime alimentaire, augmentation de la pratique d'exercice physique, homéopathie, phytothérapie) et à diminuer le stress (relaxation, aromathérapie, introspection, évitement des situations de stress potentiel). Le recours à ces pratiques alternatives s'inscrit dans plusieurs cas de figure. Il peut intervenir lorsque les femmes sont insatisfaites de la relation avec le médecin ou qu'elles présentent des contre-indications à la prise du traitement ou s'inscrivent dans la continuité de pratiques bien établies et d'un refus général des médicaments (Constance et Fowles, 2003). Ces auteurs soulignent que le réseau de femmes est le principal lieu d'information sur les pratiques alternatives de gestion de la ménopause.

Dans l'étude française de Bercier (2003), les phytoestrogènes constituaient un premier choix thérapeutique pour les femmes qui présentaient des contre indications au THS ou ne souhaitaient pas prendre d'hormones préférant un traitement « plus naturel ». Une partie des

utilisatrices de phytoestrogènes avait également choisi ce traitement après deux ans en moyenne sous THS (Bercier, 2003).

#### 1.4 CONCLUSION

L'histoire de la médicalisation de la ménopause est bien documentée. Les travaux qui émanent essentiellement de chercheurs nord-américains, montrent que le processus de médicalisation de cette étape de la vie des femmes est intimement lié au développement de l'hormonothérapie qui a permis au modèle biomédical, centré sur la carence hormonale, de s'imposer. Ils soulignent également que la diffusion de l'hormonothérapie a été grandement favorisée par les étroites relations qui existaient au début du siècle, entre différents groupes d'acteurs : les chercheurs des laboratoires académiques, les cliniciens et l'industrie pharmaceutique.

Les travaux portant sur le modèle biomédical de la ménopause mettent en évidence un modèle structuré autour de trois dimensions : la notion de corps à risque, l'image de la femme dépressive et la fin de la jeunesse et de la féminité. Les rares études qui se sont intéressées à cerner les représentations actuelles des médecins à l'égard de la ménopause sont anglo-saxonnes et semblent témoigner d'une certaine prise de distance des praticiens vis-à-vis du modèle biomédical décrit dans la littérature, notamment concernant la perte de la féminité. Il serait intéressant de voir dans quelle mesure cette évolution concerne aussi les médecins français et notamment la gynécologie médicale, qui assure une part importante du suivi de la ménopause. Cette spécialité, presque exclusivement féminine, s'est en effet largement mobilisée avec le mouvement des femmes pour favoriser l'accès à la contraception et à l'avortement.

La médicalisation de la ménopause a fait l'objet de nombreuses critiques de la part du mouvement des femmes en Amérique du Nord. Ce contre discours, qui en France semble avoir reçu assez peu d'échos, a permis l'émergence de modèles alternatifs dans les pays anglo-saxons. Ceux-ci mettent l'accent sur la ménopause comme étape naturelle de la vie au féminin, ils revendiquent une participation active des femmes à la décision d'initier un

traitement hormonal, et prônent le recours à des pratiques alternatives de gestion de cet événement. La critique féministe a également alimenté un courant de recherches à caractère épidémiologique. Celles-ci ont montré qu'à l'exception des troubles vasomoteurs et génito-urinaires, qui ne touchent pas toutes les femmes de la même manière, la diminution de la production d'œstrogènes n'avait pas de conséquences particulières sur l'organisme. Les recherches anthropologiques, notamment comparatives, ont par ailleurs mis en évidence la variabilité des symptômes rapportés, des interprétations et des réponses proposées.

La plupart des études qui s'intéressent à la façon dont les femmes occidentales vivent la ménopause, émanent de chercheurs d'Amérique ou d'Europe du Nord. Elles montrent que les femmes ont pour la majorité, une attitude positive à l'égard de cette étape de la vie même si elles associent à cette période un certain nombre de désagréments. Le discours des femmes sur la ménopause comporte toutefois certaines contradictions qui s'expliquent par le fait qu'elles se réfèrent, selon les contextes, à différents modèles explicatifs (le modèle biomédical ou les modèles alternatifs). Si ces travaux nous renseignent sur les représentations des femmes à l'égard de la ménopause, ils ne font jamais référence à cette notion et ne se sont pas attachés à présenter les dimensions qui structurent ces représentations profanes. Seule l'étude de Delanoë (2001a), réalisée en France à la fin des années 1990, utilise le concept de « représentations ». Cet auteur dégage une typologie de six représentations profanes de la ménopause, allant d'un pôle négatif à un pôle positif, qui témoignent selon lui d'un compromis entre l'expérience actuelle ou anticipée de la ménopause et le modèle médical dominant. Toutefois, il ne précise pas en quoi et comment l'expérience participe à la construction des représentations. Son modèle ne prend pas non plus en compte les événements sociobiographiques qui accompagnent la ménopause et semblent, selon la littérature nord-américaine, donner sens à cette expérience.

Les études qui se sont intéressées à l'hormonothérapie ont pour la plupart porté sur les déterminants de l'engagement dans une thérapie hormonale. Elles semblent indiquer qu'en France, les femmes qui suivent un THS sont plus jeunes, disposent de revenus supérieurs, sont souvent plus scolarisées et ont utilisé un moyen de contraception dans le passé. Ces

femmes se caractérisent aussi par le souci qu'elles portent à leur santé et leur apparence, d'où leur investissement plus marqué dans des pratiques cosmétiques et sportives.

Les recherches portant sur les motivations et la signification du traitement hormonal pour les femmes sont peu nombreuses et là encore, essentiellement nord-américaines, à l'exception de l'étude française de Delanoë (2001a). Celui-ci privilégie un modèle selon lequel les représentations de la ménopause orientent le recours au traitement hormonal de substitution. Ainsi, les femmes ayant une représentation négative de la ménopause sont plus nombreuses à utiliser un THS. L'auteur qui s'est intéressé aux usages du THS montre que ce traitement est envisagé par les femmes comme un médicament biomédical, un soin cosmétique, et un moyen de repousser l'entrée dans la vieillesse. Des études anglo-saxonnes insistent aussi sur le maintien de la performance et le contrôle de l'humeur. Il serait intéressant de voir si ces usages se retrouvent chez les femmes françaises issues de la génération du baby-boom.

Plusieurs travaux soulignent enfin, le rôle que joue le médecin dans le processus de décision des femmes à l'égard de ce traitement. Ils invitent également à considérer l'influence d'autres acteurs, notamment le conjoint, la famille, le réseau social, et les médias dont le rôle reste à cerner.

La « petite histoire » du THS que nous nous sommes attachée à retracer montre que cette thérapeutique a fait l'objet depuis sa première commercialisation en Amérique du Nord, au début des années 1940, de nombreuses controverses. L'étude WHI qui remet en cause l'innocuité du THS marque un tournant dans l'évolution des connaissances, notamment parce qu'elle constitue la première étude réalisée à grande échelle et basée sur des niveaux de preuve scientifiques (l'essai randomisé en double aveugle). La publication des résultats de cet essai, puis de ceux de l'étude britannique MWS a fait l'objet d'une large couverture médiatique en France, amenant les autorités de santé publique françaises à diffuser à des recommandations de prescription du THS plus restrictives.

L'impact de la médiatisation des études WHI et MWS sur les représentations et les pratiques des femmes et des médecins en matière d'hormonothérapie n'a fait en France que l'objet de

sondages et mériterait d'être exploré. Cette « crise » nous semble en effet fournir une occasion particulièrement intéressante de saisir la signification que revêt pour les femmes l'engagement dans une thérapie de substitution, dans un contexte où l'innocuité de cette thérapeutique est remise en cause. Il serait également particulièrement intéressant de comprendre comment les femmes mais aussi les médecins perçoivent et gèrent les « nouveaux » risques entourant la thérapie hormonale.

## CHAPITRE II

### CONTEXTE THÉORIQUE

Cette recherche s'inscrit principalement dans le champ des représentations sociales. Cette perspective souligne le fait que toute réalité est représentée, elle met l'accent sur les modèles sociaux, culturels et idéologiques dans lesquels baignent les individus et tient compte de la construction de sens qu'ils opèrent, qui découle aussi de leur expérience et de leur investissement dans des pratiques.

Dans une première section, nous présenterons les origines et les principaux apports de la théorie des représentations sociales, puis aborderons les questions de l'articulation entre les représentations et les pratiques, de l'évolution des représentations et de leur construction au cours des interactions entre individus. Nous nous intéresserons ensuite aux travaux portant sur les représentations du corps, du vieillissement et de la maladie, qui témoignent d'une évolution du rapport à ces objets. Nous mettrons enfin l'accent sur l'expérience du vieillissement et de la maladie, dimension qui a souvent été abordée à partir de la perspective théorique de l'interactionnisme symbolique.

Il convient avant toute chose de préciser que l'accent que nous avons mis dans ce chapitre sur l'expérience et les représentations de la maladie n'est pas justifié parce que nous avons fait nôtre la représentation de la ménopause comme pathologie carencielle. Toutefois, cette conception a fortement marqué les sociétés occidentales, justifiant la médicalisation de cette étape de la vie des femmes et la prescription massive de traitements hormonaux (Delanoë, 1998). Aussi, les travaux réalisés sur les représentations mais aussi sur l'expérience de la maladie et du médicament offrent-ils un cadre d'analyse très pertinent pour l'étude de la ménopause.

## 2.1 LA NOTION DE REPRÉSENTATIONS SOCIALES

### 2.1.1 Les origines de la théorie des représentations sociales

Durkheim est le premier à parler de « représentations collectives », affirmant qu'elles permettent d'éclairer les phénomènes sociaux. Ensembles de croyances et de sentiments collectifs, ces représentations correspondent « à la manière dont cet être spécial qu'est la société pense les choses de son expérience propre » (Durkheim, 1968, p. 621). Elles traduisent « la façon dont le groupe se pense dans ses rapports avec les objets qui l'affectent » (Durkheim, 1895, p.XVII). Ces représentations sont dites collectives parce qu'elles émanent de la « conscience collective » et qu'elles possèdent une certaine universalité, étant communes tout au moins aux membres d'une collectivité. Durkheim les distingue des représentations individuelles qui ont pour substrat la conscience individuelle et dont l'étude est du ressort de la psychologie. En effet, bien que les représentations collectives ne puissent être activées qu'au travers des individus qui les partagent, elles transcendent l'individu et jouissent une fois formées, d'une certaine autonomie :

La synthèse (des consciences particulières) a pour effet de dégager tout un monde de sentiments, d'idées, d'images qui, une fois nés, obéissent à des lois qui leur sont propres. (Durkheim, 1968, p. 606)

Comme tous les faits sociaux tels que définis par Durkheim, les représentations collectives sont donc indépendantes, extérieures aux individus et coercitives, ayant « en elles une sorte de force, d'ascendant moral en vertu duquel elles s'imposent aux esprits particuliers » (Durkheim, 1968, p. 624). Toutefois, cette contrainte n'est pas nécessairement vécue comme telle du fait que les représentations sont intériorisées par les individus et s'exercent, la plupart du temps, de l'intérieur plutôt que de l'extérieur. Contrairement aux représentations individuelles assez instables, les représentations collectives possèdent une certaine fixité, voire même une objectivité et se reproduisent dans le temps :

[...] les représentations collectives sont plus stables que les représentations individuelles car tandis que l'individu est sensible même à de faibles changements qui se produisent dans son milieu interne ou externe, seuls des éléments d'une suffisante gravité réussissent à affecter l'assiette mentale de la société. (Durkheim, 1968, p. 620)

Toutefois, cette stabilité n'exclut pas la possibilité qu'une représentation collective puisse être modifiée pour préserver la cohésion sociale. Les idéaux évoluent et s'améliorent étant donné que les représentations collectives contiennent malgré tout des éléments subjectifs dont elles doivent progressivement s'épurer. Ainsi, explique-il à propos de la religion: « Un jour viendra où nos sociétés connaîtront à nouveau des heures d'effervescence créatrice au cours desquelles de nouveaux idéaux surgiront » (Durkheim, 1968, p. 611).

Halbwachs (1952, 1964) qui s'intéresse aux faits mentaux collectifs et s'inscrit dans la perspective de Durkheim, opère comme ce dernier, une distinction entre représentations collectives et individuelles. Dans ses travaux sur la mémoire (1952), il met en évidence les fonctions sociales de la mémoire, soulignant comme Durkheim, le fait que les représentations collectives sont un facteur de cohésion dans le groupe. Toutefois, il va plus loin que celui-ci en montrant que les représentations collectives structurent les représentations individuelles. La mémoire individuelle est une reconstruction partielle et sélective dont les points de repère sont fournis par des cadres sociaux (le langage, l'espace, le temps) partagés par la communauté : « On ne peut se souvenir qu'à condition de retrouver dans les cadres de la mémoire collective, la place des éléments passés qui nous intéressent. » (Halbwachs, 1952, p.278). Ainsi, les interprétations du passé sont-elles constamment réinventées par les individus qui orientent leurs souvenirs dans le sens de l'évolution de la mémoire collective, recomposant une image du passé qui s'accorde avec la situation présente.

Halbwachs (1952, 1997) précise que cette reconstruction du passé n'existe qu'au travers des relations sociales : c'est grâce aux autres que l'on se souvient. Les souvenirs relatifs aux groupes sociaux avec lesquels les individus sont en lien plus étroits semblent ainsi conserver une plus grande vivacité. Ces « cadres sociaux de la mémoire » sont présents dans une configuration spécifique à l'échelle de la mémoire individuelle, qui varie en fonction de la position sociale des individus et des communautés auxquelles ils appartiennent :

Au reste, si la mémoire collective tire sa force et sa durée de ce qu'elle a pour support un ensemble d'hommes, ce sont cependant des individus qui se souviennent en tant que membres du groupe. Nous dirons volontiers que chaque mémoire individuelle est un

point de vue sur la mémoire collective, que ce point de vue change selon la place elle-même qui change selon les relations que j'entretiens avec d'autres milieux (Halbwachs, 1997, p. 94-95)

Halbwachs met donc en évidence l'interpénétration du social et du psychologique, soulignant le double caractère individuel et social des représentations :

Il n'y a pas perception sans souvenir. Mais inversement, il n'y a pas de souvenir qui puisse être dit purement intérieur, c'est à dire qui ne puisse se conserver que dans la mémoire individuelle [...]. Dès qu'on replace les hommes dans la société, il n'est plus possible de distinguer deux sortes d'observations, l'une extérieure, l'autre intérieure. (Halbwachs, 1952, p. 274)

Dans ses études sur les classes sociales (1964), il poursuit sa réflexion sur la notion de représentations collectives. Il explique ainsi que les représentations, qui sont fortement influencées par l'appartenance sociale, agissent en tant que cadre d'orientation des pratiques. Ainsi, l'appartenance à une classe donnée « [...] détermine la conduite des membres qu'elle comprend, [et] leur impose des motifs d'action bien définis; elle leur imprime sa marque, une marque propre et bien distincte pour chaque groupe » (Halbwachs, 1933, cité dans Halbwachs, 1964, p. 21). Il souligne également, que pour rester vivace, la pensée sociale doit nécessairement renvoyer à des éléments de la pratique sociale. Les représentations collectives qui sont concrètes et insaisissables doivent ainsi se manifester dans des formes matérielles et symboliques :

Il n'y a pas d'idées sans images : plus précisément, idée et image ne désignent pas deux éléments, l'un social, l'autre individuel de nos états de conscience, mais deux points de vue d'où la société peut envisager en même temps les mêmes objets" (Halbwachs, 1952, p. 281)

### 2.1.2 L'apport de Moscovici

Dans la théorie des représentations sociales qu'il élabore dans les années 1960, Serge Moscovici, psychosociologue français, reprend l'hypothèse de Durkheim à savoir que pour expliquer les phénomènes sociaux, il faut tenir compte des représentations « qui sont

partagées par un grand nombre de personnes, transmises d'une génération à la suivante, et imposées à chacun de nous sans notre assentiment conscient » (Moscovici, 1986, p. 51).

Toutefois, il se démarque de Durkheim et se rapproche d'Halbwachs, en ce qui concerne le caractère individuel et social des représentations. De plus, il abandonne la distinction entre sujet et objet. En effet, souligne-t-il, l'objet n'existe pas en lui-même mais pour un individu ou un groupe et par rapport à eux. Il n'existe donc pas *a priori* de réalité objective telle que définie par les composantes objectives de la situation ou de l'objet. **Toute réalité est représentée**, appréhendée par l'individu. Elle est reconstruite dans son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs, qui dépend de son histoire, et du contexte social et idéologique qui l'environne. Il n'y a donc pas de coupure entre l'univers extérieur et l'univers intérieur de l'individu ou du groupe mais une **interpénétration de l'individuel et du social**. Cette idée que la représentation sociale est à l'interface de l'individuel (du psychologique) et du social est la plus importante contribution de Moscovici. C'est d'ailleurs pour marquer ce va-et-vient de l'individuel au social que Moscovici abandonne le terme de « représentations collectives » au profit de celui de « représentations sociales ».

#### 2.1.2.1 L'élaboration des représentations sociales

Moscovici développe sa théorie des représentations sociales dans sa thèse *La psychanalyse, son image et son public* (1961), dont l'objectif est de montrer qu'une nouvelle théorie scientifique ou politique (ici la psychanalyse) qui se diffuse dans une culture donnée, se transforme « en savoir de sens commun » et dans ce processus, change la vision que les gens ont d'eux mêmes et du monde dans lequel ils vivent. En étudiant comment la psychanalyse pénètre dans la société, Moscovici met en évidence deux processus majeurs, l'objectivation et l'ancrage.

##### - L'objectivation

L'objectivation est le processus par lequel « un sujet ou un groupe s'appuyant sur une information sélectionnée, l'extériorise et l'ordonne en système cohérent, autonome »

(Moscovici, 1961, p. 318). Cette opération implique que les notions abstraites soient rendues concrètes. Comme Halbwachs, Moscovici insiste sur la mise en images qui permet à la représentation d'être pensée. Ce processus se décompose en deux mouvements convergents : la sélection et la naturalisation. Moscovici (1961) montre ainsi que les individus retiennent de manière sélective une partie de l'information circulant dans la société à propos de la psychanalyse, détachant ces éléments du champ scientifique. Le tri qui s'opère est fonction du niveau culturel (qui détermine les informations auxquelles on a accès) et des critères normatifs propres au groupe ou à la société. Ces informations sont réorganisées en structure cohérente autour d'un noyau stable et imagé (le noyau figuratif) qui structure la représentation : c'est autour de lui que se construit l'ensemble de la représentation. La naturalisation est la seconde étape par laquelle le modèle figuratif ainsi constitué acquiert une autonomie, devenant une « réalité de sens commun » comme si la théorie scientifique avait acquis un double. A ce stade, le groupe identifie sa construction à une réalité objective.

#### - L'ancrage

L'ancrage est le processus par lequel la représentation s'ancre dans « un déjà-là pensé ». L'objet est investi d'une signification par le groupe qui exprime par là son identité sociale et culturelle. Ce processus suppose l'établissement de liens entre la représentation et la culture dans laquelle baigne le groupe ou l'individu. La représentation s'insère en effet dans des catégories mentales (qui rappellent les cadres sociaux d'Halbwachs), qui nous sont propres et familières et qui varient selon notre inscription socioculturelle.

Jodelet (1994) qui précise que les représentations sont constituées d'éléments informatifs, idéologiques ou normatifs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, d'opinions et d'images, résume ainsi les quatre fonctions essentielles que leur attribue la théorie de Moscovici. Les représentations constituent tout d'abord, **une forme de savoir** permettant aux individus d'acquérir des connaissances et de les intégrer dans un cadre classificatoire, et par là, de comprendre et d'interpréter la réalité. Elles permettent également de nommer cette réalité, définissant ainsi un cadre de référence commun, nécessaire à toute communication sociale. Ce faisant, elles contribuent à **renforcer l'identité du groupe ou de l'individu**, permettant

aux individus d'exprimer leur identité, de se situer dans le champ social, et de justifier la différenciation sociale, assurant le maintien d'une distance entre les groupes (Abric, 1994). Enfin, elles constituent un guide pour l'action, **orientant les comportements et permettant de les justifier *a posteriori***. Elles comportent ainsi, comme les représentations collectives de Durkheim, un caractère contraignant, définissant ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans un contexte donné, reflétant les règles et les normes sociales (Abric, 1994).

#### 2.1.2.2 Le processus représentationnel : un processus discursif

Moscovici insiste sur le fait que les représentations sont avant tout des productions discursives, soulignant que la représentation sociale se construit lorsque le sujet est en situation d'interaction sociale : « Connaissances, valeurs, images et langages sont façonnés au cours d'un processus de communication. Dans ce processus, chacun les produit pour les utiliser et les utilise pour les produire au cours d'un échange incessant. » (1991, p.72).

C'est aussi par le biais des représentations que l'on entre en rapport avec les autres, que cela soit par la convergence ou le conflit. Le langage lui-même est porteur de représentations et de codes sociaux qui permettent d'interpréter les expériences des individus : « s'exprimer ou comprendre, c'est déjà interpréter » (Sperber, 1994, p.118). Il permet l'élargissement de la représentation par l'apport d'un vocabulaire portant sur l'objet. Il constitue ainsi un « instrument dans l'élaboration de la représentation » et permet au fur et à mesure qu'il s'élargit de la consolider (Moscovici, 1961, p.133).

La communication sociale, sous tous ses aspects, individuels, institutionnels, et médiatiques est aussi une condition à la construction des représentations (Moscovici, 1961). Elle a une incidence sur l'émergence des représentations (accès à l'information, focalisation sur certains éléments du discours), sur ses aspects structurels et formels, notamment au cours des processus d'objectivation et d'ancrage. Ainsi, les niveaux de langages liés à l'appartenance socioculturelle contribuent-ils à expliquer l'appropriation différenciée de la représentation. Les systèmes de communication interviennent également au niveau de l'orientation des conduites puisque les messages qu'ils diffusent et qui fonctionnent à la diffusion, la

propagation et la propagande (trois systèmes de communication identifiés par Moscovici, 1961), participent de l'élaboration des opinions, des attitudes et des stéréotypes.

Par l'importance qu'elle accorde à la communication et à l'interaction dans l'élaboration du processus représentationnel, la théorie des représentations sociales présente, comme l'a souligné Jodelet (1994), de nombreux points communs avec l'interactionnisme symbolique. Ce courant qui rassemble un réseau de chercheurs proches de l'École de Chicago, considère, comme la théorie des représentations sociales, que les acteurs sociaux sont à l'origine de la construction des phénomènes sociaux : « La dimension symbolique conditionne le rapport au monde [...qui] est toujours le fait d'une interprétation d'un acteur puisant dans la boîte à outils de ses références sociales et culturelles » (Le Breton, 2004, p. 49).

L'interactionnisme symbolique s'intéresse aussi aux « significations plus ou moins partagées au sein d'un groupe [qui] délimitent un univers de comportements connus [et] classent les objets en catégories compréhensibles » (Le Breton, 2004, p. 49). Ce concept de « significations » présente une certaine proximité avec celui de « représentations sociales ». L'accent mis sur le sens construit par l'acteur est toutefois plus important.

Cette approche insiste enfin très largement sur l'interaction. Le social est interprété comme un « ordre négocié » où les acteurs raisonnent en termes d'actions réciproques, ajustant leurs actions à l'interprétation qu'ils se font de celles des autres (Strauss, 1992). Ces interactions sont celles d'acteurs socialement situés mais disposant toujours d'une marge de négociation (Le Breton, 2004).

### 2.1.3 La nature de l'objet dans la théorie des représentations sociales

Les caractéristiques de l'objet de représentation ont interpellé plusieurs auteurs et notamment Moliner *et al.* (2002). Ceux-ci précisent que l'objet de représentation doit être important pour les individus et porteur d'enjeux qu'ils classent en deux catégories. Ces enjeux peuvent être identitaires, lorsque le groupe s'est constitué autour de l'objet. Belleli (1987, cité dans Moliner *et al.*, 2002) montre ainsi que la profession d'infirmier psychiatrique tire sa

spécificité identitaire du statut qu'elle attribue à la maladie mentale dont elle a la charge. L'enjeu constitué par l'objet dans le groupe peut aussi avoir pour finalité de renforcer la cohésion au sein du groupe.

Garnier (1999) souligne que la plupart des études sur les représentations sociales (notamment celles qui s'inscrivent dans le courant structuraliste de l'école Aix-Montpellier), ont porté sur des objets isolés. Dans son étude sur les représentations sociales du corps, de la santé et de l'environnement chez des jeunes enfants inscrits en maternelle et en première année de primaire, elle montre que ces trois concepts, après une phase d'autonomie, se constituent en réseau ou « système représentationnel ». Elle montre également, ayant réalisé son terrain dans deux écoles proposant des approches éducatives contrastées, que l'organisation de ces trois concepts varie selon le groupe d'appartenance.

Cette idée que certains objets, sans doute plus complexes, puissent être structurés en lien avec d'autres et articulés différemment selon les groupes sociaux au sein d'un système de représentations gagnerait à être explorée (Garnier, 1999). Elle semble particulièrement pertinente dans le champ de la santé.

#### 2.1.4 Articulation entre représentations et pratiques

La question de l'articulation entre représentations et pratiques fait débat au sein de la communauté de chercheurs s'inscrivant dans le courant des représentations sociales. Selon Abric (1994), on peut imaginer trois types de relations entre représentations et pratiques : 1) les représentations agissent comme prescripteurs de pratiques, 2) la pratique influe sur les représentations, et 3) un mélange des deux phénomènes. Ces trois modèles se retrouvent dans la littérature.

Les modèles d'inspiration marxiste tendent à considérer que la représentation ne peut qu'être engendrée par les rapports sociaux : elle est le reflet du mode de production dans lequel sont insérés les individus. On a donc le schéma suivant : les pratiques déterminent les représentations. Selon, Beauvois et Joule (1981), les représentations permettraient à

l'individu de réduire la dissonance cognitive que peuvent entraîner les pratiques dans lesquelles il se trouve engagé du fait de sa condition sociale : « l'homme n'est libre que pour rationaliser des conduites de soumission qui échappent à sa liberté et à sa responsabilité. » (Beauvois et Joule, 1981, cité dans Abric, 1994, p. 197).

Jodelet (1994) et Moscovici (1961) privilégient un autre modèle selon lequel les représentations orientent les pratiques, influençant les attitudes et les comportements des individus, sans pour autant exclure le rôle des pratiques sur les représentations. Dans sa thèse sur la folie, Jodelet (1989) montre ainsi que les rapports qu'établissent les habitants de la communauté rurale qu'elle étudie avec les malades mentaux sont fonction de leurs différentes catégories de représentations de la maladie mentale (les individus opérant une différence entre les malades du cerveau et les malades des nerfs), qui déterminent les pratiques adoptées face à ces derniers (les malades du cerveau bénéficient de comportements plus positifs que les malades des nerfs). Des travaux expérimentaux menés sur les groupes ont également mis en évidence le fait que les représentations de l'autre groupe déterminent le comportement coopératif (Abric, 1987), les relations intergroupes (Doise, 1976), et la performance du groupe (Abric, 1971).

Si la détermination des pratiques par les représentations semble indiscutable dans certains cas, il ne faut pas non plus, souligne Abric (1994), exclure le rôle des pratiques sur les représentations. La plupart des chercheurs semblent ainsi s'accorder sur le fait que « les représentations et les pratiques s'engendrent mutuellement » (p. 230). Selon Abric (1994), la nature de la relation entre représentations et pratiques est fonction de la situation, et plus particulièrement, de la part d'autonomie de l'acteur et de la présence d'éléments liés à la mémoire collective dans la situation.

Les pratiques semblent d'ailleurs être «elles-mêmes porteur et expression pour une certaine part, des représentations sociales » (Garnier *et al.*, 2000, p. 42). En effet, si les représentations sont souvent des productions discursives, elles peuvent aussi ne pas être conscientes ou exprimées (notamment lorsque l'objet de la représentation est le corps), et c'est à travers les pratiques, qu'elles peuvent être appréhendées. C'est ainsi par l'observation ethnographique

des pratiques des habitants à l'égard des malades mentaux que Jodelet (1989) a pu, dans son travail sur la folie, mettre en évidence les représentations spécifiques dont font l'objet les différentes catégories de malades.

Expression des représentations, les pratiques et les produits qu'elles engendrent, participent aussi de l'efficacité de la représentation : « l'action est un attribut nécessaire du sujet connaissant, [...] une dimension qui participe constamment à l'élaboration des cognitions. » (Amerio, 1991, p. III). Lahlou (1994) montre ainsi dans son étude sur les représentations sociales de l'alimentation que « L'apprentissage au stade pré-objectal du paradigme alimentaire, confère à son efficacité causale le caractère de croyance valide en deçà de tout raisonnement, ce caractère est renforcé par la pratique quotidienne du manger » (p. 227). Garnier *et al.* (2000) envisagent ainsi une relation représentations-pratiques caractérisée par une « **interdépendance constitutive** de l'une par et dans l'autre dans laquelle l'une et l'autre agit et participe de l'autre<sup>32</sup> » (p. 42).

### 2.1.5 Des représentations partagées mais pas forcément homogènes

Tout comme Durkheim ou Halbwachs, Moscovici insiste sur le caractère social des représentations, qui parce qu'elles sont partagées sont créatrices de lien social, « [participant] de la vision globale qu'une société se constitue d'elle-même » (Moscovici, 1994, p33). Les représentations sont également « sociales » de par l'insertion sociale du sujet qui les produit. Elles révèlent ainsi les différents enjeux que représentent les objets pour les groupes sociaux qui interagissent avec ceux-ci. Cet « ancrage sociologique » (Doise, 1992) des représentations aboutit à la coexistence de plusieurs représentations d'un même objet, comme l'ont souligné les travaux portant sur des groupes d'appartenance générationnelle, sexuelle, socioculturelle, ou professionnelle différente.<sup>33</sup> L'éloignement des représentations d'un même objet varie en fonction de la proximité sociale des groupes, de la convergence de leurs intérêts et du type de

---

<sup>32</sup> En gras dans le texte

<sup>33</sup> Voir par exemple les travaux sur les représentations de la chasse chez les vieux et jeunes chasseurs, Guimelli, 1988 ; sur la représentation de la psychanalyse chez des catholiques et des communistes, Moscovici, 1961 ; sur les représentations de la maladie mentale chez des étudiants en médecine et en psychologie, Belleli (1987), sur les représentations du corps chez des groupes sociaux différents, Jodelet, 1982b.

rappports qui les lient (rappports de coopération, d'opposition ou de domination) (Moliner *et al.*, 2002). Les différences interindividuelles d'une représentation témoignent aussi des multiples appartenances sociales que les individus peuvent choisir d'activer (Moliner *et al.*, 2002). Elles peuvent aussi résulter des multiples expériences que peut générer un même objet (Moliner *et al.*, 2002). Elles s'expliquent enfin par une différente implication au niveau des pratiques (Guimelli, 1994a).

Les représentations d'un même objet sont toutefois rarement radicalement différentes. Certains éléments, en petit nombre, font généralement consensus entre les groupes. Ils constituent le noyau central de la représentation. Leur « détermination est [...] liée aux conditions historiques, sociologiques et idéologiques » dans lesquelles s'est formée la représentation (Abric, 1994b p. 29). Ces éléments ancrés dans le système de valeurs du groupe « expriment les significations que les individus assignent collectivement à l'objet » (Moliner *et al.*, p. 24). Ils jouent un rôle essentiel dans la cohérence et la stabilité de la représentation. D'autres éléments, qui constituent le « système périphérique » de la représentation, divisent les individus, reflétant la grande variété des contextes dans lesquels ceux-ci s'inscrivent. Ces éléments agissent comme « prescripteurs de pratiques ». Beaucoup plus souples que le système central de la représentation, ils permettent « des modulations personnelles vis-à-vis d'un noyau central commun, générant *des représentations sociales individualisées*<sup>34</sup> » (Abric, 1994b, p. 26-28). Ils facilitent aussi l'adaptation de la représentation aux évolutions du contexte, protégeant le noyau de la représentation :

C'est l'existence de ce double système qui permet de comprendre une des caractéristiques essentielles des représentations sociales qui pourrait apparaître comme contradictoire : elles sont à la fois stables et mouvantes, rigides et souples. Stables et rigides parce que déterminées par un noyau central profondément ancré dans le système de valeurs partagé par les membres du groupe, mouvantes et souples parce que nourries des expériences individuelles, elles intègrent les données du vécu et de la situation spécifique, et l'évolution des relations et des pratiques sociales dans lesquelles s'insèrent les individus ou les groupes. (Abric, 1994b, p.29)

---

<sup>34</sup> Italiques dans le texte

### 2.1.6 L'évolution des représentations sociales

La théorie des représentations sociales propose une conception de la société beaucoup plus dynamique et fluide que celle de Durkheim. Si les représentations sont caractérisées par une grande stabilité, comme l'avait souligné Durkheim, elles ne sont pas homogènes et restent ouvertes et sensibles aux mouvements qui agitent la société. Des changements culturels peuvent ainsi avoir une incidence sur les conduites et changer les expériences par la médiation des représentations. Dans ses travaux sur le corps Jodelet (1982), explique que « la diffusion de nouvelles techniques corporelles et la présence de nouveaux modes de pensée : diffusion de connaissances biologiques, montée du féminisme, extension de l'intérêt pour l'équilibre physique, pour le sport, retour au naturel et au franc parler sur la sexualité, [ont modifié] le rapport au corps. » En effet, tandis que celui-ci était distant et fortement marqué par la représentation biologique du corps, il est devenu quinze ans plus tard, beaucoup plus « vécu » et axé sur la jouissance.

Pour Flament (1994) et Guimelli (1994b), les pratiques sont la principale, sinon la seule source de transformation des représentations. L'évolution de la société ou de la réalité du groupe a pour effet de transformer les pratiques, entraînant une dissonance entre représentations et pratiques que l'individu s'efforce de résorber. Dans son étude sur la pratique infirmière, Guimelli (1994b) montre ainsi que l'hyper-spécialisation du corps médical et l'utilisation accrue de la technologie dans la pratique médicale a créé un fossé entre soignants et malades. Dès lors, les infirmières se sont vues attribuer la prise en charge globale du malade et le suivi sur le plan relationnel, ce qui a eu pour effet de modifier la représentation même du rôle d'infirmière.

Ce processus d'évolution de la représentation sera plus ou moins important selon que les nouvelles pratiques sont en contradiction ou non avec les représentations anciennes et que le changement est perçu comme irrévocable ou non (Flament, 1994). Toute contradiction entre la représentation et les pratiques entraîne ainsi une transformation de l'une sur l'autre. Ces contradictions s'expriment sous la formes de « schèmes étranges », repérables dans le discours des sujets lorsque ceux-ci qui s'efforcent de justifier leur engagement dans la

pratique nouvelle (Flament, 1994). Dans une étude réalisée au Québec, Garnier *et al.* (2000) repèrent différents « schèmes étranges » dans le discours des médecins, qui bien que peu favorables à la prescription de médicaments psychotropes, y recourent assez fréquemment. Pour justifier cette prescription, ils évoquent notamment les contraintes culturelles et temporelles auxquelles ils sont soumis et les pressions exercées par les patients. Celles-ci semblent indicatives d'une évolution du contexte de pratique qui n'est pas sans affecter le rapport des praticiens à ces médicaments.

### 2.1.7 Représentations et expérience du sujet : une articulation à explorer

La tradition française des représentations sociales, bien qu'elle attribue un rôle actif au sujet dans l'élaboration du processus représentationnel, met plus particulièrement l'accent sur les conditions sociales et culturelles de production de la représentation, sans doute par souci d'éviter de retomber dans des modèles cliniques et behavioristes dont elle tente de se démarquer. Moscovici (1986, p. 62) souligne d'ailleurs que « dans la vie mentale, au-delà des simples réactions de nos sens, tout est nécessairement social par nature. » L'accent est donc assez peu mis sur le rôle que joue l'expérience du sujet dans la construction représentationnelle.

Jodelet (1994) est sans doute l'un des auteurs qui souligne le plus le fait que la représentation porte « la marque du sujet » (p.37). Dans ses travaux sur les représentations du corps (1983), elle insiste sur la singularité du rapport au corps expliquant qu'il est « objet d'une expérience directe et personnelle au niveau du vécu et de la pratique ; produit d'une histoire singulière ; source de sensations, de messages dont parfois est incommunicable la particularité » (p.127). Elle précise que l'expérience du corps propre « infléchi par le jeu des modèles culturels et articulée à des attitudes psychologiques, [...] semble intervenir comme médiateur dans l'élaboration des positions relatives au corps » (Jodelet, 1981, p.393 et p.384). Toutefois, elle met essentiellement l'accent sur les normes socioculturelles régissant l'interprétation et la valorisation des messages organiques.

Massé (1995) qui analyse les savoirs populaires relatifs à la santé et la maladie développe un modèle où le rôle de l'expérience occupe une place très importante. Ces savoirs, explique-t-il peuvent entrer en conflit avec le discours médical. Ils sont constitués de croyances, d'attitudes et de valeurs rattachées à différents objets interreliés de l'univers de la santé et de la maladie (comme les symptômes, les médicaments, les technologies, les soignants, les institutions). Ils renvoient aux signes et symptômes de la maladie, aux modèles explicatifs qui s'y rapportent et aux modalités de traitement. Ces objets se construisent à partir de trois types de sources : les « sources non professionnelles » qui englobent tous les échanges profanes autour de la maladie et de la santé, les « sources professionnelles » qui renvoient aux modèles transmis lors des échanges avec les professionnels de santé, qu'ils soient officiels ou alternatifs, et une « source idiosyncratique » qui nous intéresse particulièrement, parce qu'elle fait référence aux croyances que génère l'individu au fur et à mesure de ses expériences de la santé et de la maladie. Selon Massé, ces expériences participent activement de la construction représentationnelle des objets santé et maladie :

[...] l'être humain peut créer par lui-même un savoir en établissant une relation entre les composantes de la culture de son groupe d'appartenance et son histoire de vie. En ce sens, le vécu est créateur de savoir et l'expérience personnelle peut être considérée comme un outil de connaissance » (Massé, 1995, p. 250).

Ce concept de « savoir profane » de la maladie est assez proche de celui de « théories subjectives » que l'on trouve dans la psychosociologie allemande (voir Flick, 1992). Les théories subjectives désignent « les constructions idéelles de malades sur l'essence, l'origine et le traitement de leur affection » (Faller *et al.*, 1992, p. 35). Tout comme la notion de « savoir populaire », la perspective des « théories subjectives » met très largement l'accent sur l'expérience de la maladie et de ses traitements ainsi que sur le parcours biographique des individus. Ces deux concepts ne dupliquent pas la notion de représentation sociale, se situant à un niveau inférieur, plus proche de l'individu. La représentation sociale constitue en effet une entité conceptuelle plus large, produit d'un travail collectif de construction de la réalité, qui met en jeu différents groupes sociaux en interaction. Les représentations de la santé se situeraient ainsi au « point de rencontre de la science et du sens commun, de l'expertise professionnelle et de l'individu tout venant » (Herzlich, 1986, p. 162).

Les concepts de « théories subjectives » et de « savoirs populaires » se distinguent aussi de la notion de représentations sociales par leur caractère plus mouvant. Les travaux sur la construction individuelle de l'expérience, qui émanent principalement de l'anthropologie (voir entre autres Turner et Bruner, 1986), montrent en effet que l'expérience ne peut être appréhendée qu'au travers de sa mise en discours, de son « expression ». Or, celle-ci n'est jamais figée. Elle constitue une représentation (au sens théâtral du terme), une construction permanente qui renouvelle chaque fois l'expérience du rapport au monde de l'individu, mais reste toujours imparfaite, inachevée :

Expressions are the peoples' articulations, formulations, and representations of their own experience. [...] It is in the performance of an expression that we re-experience, re-live, re-create, re-tell, re-construct, and refashion our culture. The performance does not release a pre-existing meaning that lies dormant in the text. Rather, the performance itself is constitutive. Meaning is always in the present (Bruner, 1986, p. 9 et 11).

Laplantine (Levy et Laplantine, 2002), formule une critique de la représentation qui va également dans ce sens. Il souligne que la représentation « répète, reproduit, recopie » et reste en réalité incapable d'exprimer la complexité du réel parce qu'« il n'y a pas le « sens » d'un côté et de l'autre des mots préfabriqués chargés de « l'exprimer ». Il n'y a que des bribes de sens qui [...] apparaissent [et] disparaissent, [qui] bougent sans cesse et sont loin d'être « présentes » à tout moment<sup>35</sup> » Il se montre ainsi assez déçu du concept de représentation qui donne, au travers du langage, l'illusion d'une stabilisation, d'une « adéquation entre le réel et le langage alors qu'ils sont en guerre permanente » (Levy et Laplantine, 2002, p. 144-147).

## 2.2 LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DU CORPS, DE LA MALADIE ET DE LA SANTÉ

Événement biologique autant que socioculturel, la ménopause interroge, comme le souligne notre revue de littérature, le rapport au corps, au processus de vieillissement, à la santé, à la maladie, au médicament et aux institutions médicales. Ces objets sont, depuis quelques

---

<sup>35</sup> Guillemets dans le texte.

décennies, au centre de débats. La transformation significative des représentations qui s'y rapportent en témoigne ; elle traduit également une évolution du rapport entre l'individu et la société.

### 2.2.1 Le corps, la maladie et la santé : des objets éminemment sociaux

Les travaux menés sur les représentations du corps ou de la maladie ont largement insisté sur la dimension sociale de ces objets. Le corps ne peut se réduire à une réalité biologique ; il constitue une construction sociale et culturelle. La maladie, elle même « entraîne [...] toujours une interrogation qui dépasse le corps individuel et le diagnostic médical » (Herzlich, 1986, p.158). Ainsi, la compréhension des expériences organiques fait-elle appel à des interprétations collectives de la maladie qui modèlent la perception, l'identification et le décodage des symptômes et prescrivent des modalités d'action (Augé, 1984 ; Herzlich, 1986). Ces « systèmes d'interprétations » permettent à l'individu de donner sens à sa maladie, ils témoignent aussi de son rapport à l'ordre social :

Les représentations de la santé et de la maladie [...] *transcrivent sur le plan propre de l'explication du biologique des visions du monde plus larges.* [...] A travers les représentations qui s'y rapportent nous avons donc accès aux croyances, aux interprétations, à l'ensemble des rapports de sens qui se nouent dans une société (Herzlich, 1986, p. 161).<sup>36</sup>

La maladie est également « sociale dans ses conséquences » parce qu'elle modifie, voire menace la vie familiale, sociale et professionnelle de l'individu (Herzlich, 1984a). Herzlich (1992) a ainsi montré dans son étude sur les représentations de la santé et de la maladie que la maladie était souvent appréhendée par les individus en tant qu'incapacité à assumer ses obligations professionnelles. Elle peut ainsi être « libératrice » quand elle permet à l'individu d'échapper à un rôle social trop pesant ou au contraire « destructrice » lorsqu'elle entraîne une perte de rôle et une exclusion sociale. Elle peut aussi devenir un « métier » dans lequel l'individu s'engage activement (Herzlich, 1992).

---

<sup>36</sup> Italiques dans le texte.

Le caractère social de la maladie tient également au fait que sa prise en charge relève d'un certain nombre d'institutions (Augé et Herzlich 1984). En Occident, l'institution médicale fournit les principales catégories à travers lesquelles on interprète les manifestations somatiques. Cet « objet maladie construit par la biomédecine s'est progressivement imposé comme objet naturel [rendant] difficile l'émergence d'autres constructions possibles de la maladie et [masquant] les liens avec le social, c'est à dire le sens individuel et social de la maladie » (Pierret, 1984, p.218-219). Les interprétations profanes de la maladie ne sont toutefois pas totalement subordonnées au discours médical (Herzlich, 1984a). Selon Massé (1995), elles constituent même un savoir distinct qui « n'est aucunement réductible à une fraction du savoir savant qui serait transféré du monde savant au monde profane » (p. 236). De même, le discours médical n'est pas indépendant du discours collectif (Herzlich, 1984, Laplantine, 1986).

Ce savoir populaire sur la santé et la maladie est lui aussi social comme le soulignent plusieurs travaux ayant mis l'accent sur les variations des conceptions du corps et des systèmes d'interprétation de la maladie en fonction du genre et de l'appartenance sociale, professionnelle et culturelle des individus (Amiel Lebigre et Gognalons-Nicolet, 1993 ; Boltanski, 1971 ; Jodelet, 1982b ; Pierret, 1985). Le corps en lui même est un « miroir » où se donnent à voir les conditions de sa production, il intervient comme révélateur des inégalités socio-économiques et socioculturelles (Berthelot 1985). Boltanski (1971) met en évidence l'existence de cultures corporelles socialement différenciées qui commandent l'attention aux manifestations somatiques et se traduisent par des « usages sociaux du corps ». La proximité entre les individus dans l'espace social, implique une même distribution des différents types de capital, économique, scolaire, social et culturel, et les prédispose à des *habitus* donnés, c'est à dire à des principes qui structurent leurs perceptions, leurs prises de positions et leurs goûts et déterminent leurs pratiques, constituant ainsi « une forme incorporée de la condition de classe et des conditionnements qu'elle impose » (Bourdieu, 1979, p. 112). L'une des dimensions de l'*habitus* de classe, si ce n'est la principale, est *l'habitus corporel* que Boltanski (1971, p.225) définit comme « un système de schèmes implicites régissant le rapport au corps que les différents individus entretiennent. Il se manifeste dans la façon de porter son corps, de le soigner, de le nourrir, de l'entretenir et d'en percevoir les

transformations ». Boltanski démontre ainsi que le rapport au corps est plus direct pour les classes populaires qui font usage de leur corps dans leur travail et plus réflexif pour les classes supérieures qui mobilisent d'autres critères de valorisation que la force physique, notamment l'apparence sociale.

Le rapport des individus aux connaissances médicales varie également en fonction de l'appartenance de classe. Les pratiques de prévention sont ainsi plus proches des classes moyennes et supérieures. Pierret (1984) qui analyse les représentations de la santé et de la maladie montre que la représentation « santé instrument », où la santé est considérée comme une richesse, un capital, est le fait des catégories populaires et va de pair avec une conception accidentelle de la maladie qui exclut l'intérêt pour les pratiques de prévention. La représentation de la santé comme valeur individuelle, qui dépend des comportements individuels, est par contre plus caractéristique des personnes possédant des revenus moyens à élevés. Celles-ci sont plus attentives aux signaux du corps et enclines à s'engager dans des pratiques visant à prévenir une maladie non déclarée.

Bouchayer (1993) suggère, quant à elle, de considérer les trajectoires socioculturelles pour comprendre le rapport des individus à la santé. Ce rapport, qui renvoie aux états de santé (troubles somatiques et psychosomatiques), aux pratiques de consommation médicale et aux représentations de la maladie et des soins, serait déterminé par les ressources dont disposent les individus (maîtrise culturelle). Celles-ci renvoient à l'appartenance socioprofessionnelle mais aussi aux ressources sociales (réseau d'amis, relations avec la famille). Bouchayer insiste également sur le décalage socioculturel existant entre la position sociale actuelle de l'individu et la position anticipée à l'entrée dans la vie adulte et sur les ruptures (conjugale, professionnelle) qui marquent l'existence. Elle montre que la capacité des individus à négocier ces ruptures varie en fonction de leur trajectoire sociobiographique.

Le rapport au corps, à la maladie et à la santé varie également d'une société et d'une époque à l'autre. Selon les sociétés, on ne se réfère pas aux mêmes modèles étiologiques comme l'illustrent les variations culturelles dans l'importance accordée aux différents organes, dans la description des symptômes ou dans l'expression de la douleur (Le Breton, 1998a ; Good,

1998). Herzlich et Pierret (1984) ont par ailleurs mis en évidence la transformation du statut de la maladie, qui s'est opérée dans la modernité. Dans un contexte marqué par un effritement du lien social, le corps et la maladie se sont individualisés. Parallèlement, « les attitudes [sont] résolument tournées aujourd'hui vers l'action et la maîtrise du destin biologique » (Herzlich et Pierret, 1984, p. 291). On voit ainsi émerger dans les sociétés occidentales, un « nouvel imaginaire du corps » (Le Breton, 2003a) et de nouvelles conceptions de la maladie, de la santé et du processus de vieillissement sur lesquelles nous allons nous attarder dans les sections suivantes.

### 2.2.2 Un « nouvel imaginaire du corps »

Jodelet (1982) qui s'est intéressée aux effets de l'évolution culturelle sur les systèmes de représentations du corps dans sa recherche menée à quinze ans d'intervalle (1960-1975), met en évidence une libération du rapport au corps. Les sujets ont un rapport au corps plus ouvert, ils se cantonnent moins dans l'univers notionnel et normatif qui renvoie à la communauté des savoirs et des normes de conduites sur le corps et font fréquemment référence à l'expérience vécue du « corps propre ». Par ailleurs, la prise de conscience du corps s'effectue essentiellement à l'occasion des expériences sensuelles, sexuelles et dynamiques plutôt qu'au travers des états morbides ou fonctionnels. Enfin, l'éventail des connaissances sur le corps s'élargit. Il ne se limite plus à l'univers organique et biologique, le corps étant désormais également abordé dans une perspective psychologique, sociologique et même philosophique : il devient « signifiant du sujet » (Jodelet, 1981, p383).

Cette évolution du rapport au corps est caractéristique de l'émergence d'un nouvel individualisme de type narcissique depuis la fin des années 1960-1970. Il n'y a plus véritablement d'engagements collectifs, on se situe dans « l'après-devoir, » » (Lipovetsky, 1992), et l'individu en quête de sens se recentre sur lui-même pour tenter de se redéfinir. Lasch (1979) et Lipovetsky (1983) qualifient ce nouvel individualisme de narcissisme :

Un nouveau stade de l'individualisme se met en place: le narcissisme [qui] désigne le surgissement d'un profil inédit de l'individu dans ses rapports avec lui-même et son corps [...] un individualisme pur se déploie débarrassé des ultimes valeurs sociales et morales

qui coexistaient avec le règne glorieux de l'homo-oeconomicus, de la famille, de la révolution et de l'art [...] La modernité s'identifie avec l'esprit d'entreprise, avec l'espoir futuriste, le narcissisme inaugure par son indifférence historique, la post-modernité. (Lipovetsky, 1983, p. 56)

Ce nouvel individualisme a pour effet de transformer la représentation sociale du corps. De support de la société de consommation, le corps est devenu un lieu de distinction et d'individuation: « [il] a perdu son statut d'altérité, de matérialité muette au profit de son identification avec l'être sujet, avec la personne » (Lipovetsky, 1983, p.68). Cette conception du corps comme « alter ego » (Le Breton, 2003a) place l'individu dans l'obligation de prendre soin de son enveloppe corporelle, il importe de bien paraître et de se sentir bien, le culte du corps devient impératif.

En tant que personne, le corps gagne dans sa dignité; on se doit de le respecter, c'est à dire de veiller à son bon fonctionnement, de lutter contre sa dégradation par un recyclage permanent, chirurgical, sportif, diététique (Lipovetsky, 1983, p. 69)

Comme le souligne Lipovetsky (1983), « l'intérêt fébrile que nous portons au corps n'est nullement spontané et libre, il obéit à des impératifs sociaux tels que la ligne, la forme, l'orgasme [...Le] narcissisme, [constitue ainsi un] type inédit d'un contrôle sur les âmes et les corps. » (p. 70-71). En effet, si les normes de présentation de soi se diversifient, variant selon les milieux et les contraintes qu'impose le temps social, elles n'en restent pas moins contraignantes. Toute déviation est assortie d'un sentiment de culpabilité et ce d'autant plus que la présentation physique semble valoir socialement pour une présentation morale (Pagès-Delon, 1989). Dans ce contexte de pluralité des normes et d'atomisation du lien social, la notion de responsabilité individuelle prend toute son importance. Informé et libre arbitre de son existence, l'individu devient responsable du sens qu'il donne à sa vie, à ses actions, aux relations qu'il engage (Giddens, 2000). Il est considéré seul responsable de l'entretien de son enveloppe corporelle et « doit gérer de façon optimale son capital esthétique, affectif, physique et libidinal » (Lipovetsky, 1983, p.26-27). Le culte du corps comporte ainsi des aspects disciplinaires mais ceux-ci ne sont pas en contradiction avec l'hédonisme qui caractérise aussi le narcissisme puisque la discipline corporelle est une condition à la

réalisation d'une apparence acceptable et permet de mieux jouir de son corps (Featherstone, 1991).

La redécouverte du corps devient aussi l'une des avenues par lesquelles l'individu peut poursuivre la recherche de son identité propre : « Il faut accumuler les expériences, exploiter son capital libidinal, innover dans les combinaisons » (Lipovetsky, 1983, p. 33). Le narcissisme est l'ère de l'interprétation analytique, il faut se libérer des refoulements, laisser son corps s'exprimer (Lipovetsky, 1983). Parallèlement, le corps est conçu comme un objet à modeler selon ses désirs: « il n'est plus un destin auquel on s'abandonne, il est un objet que l'on façonne à sa guise » (Le Breton, 1990, p.161). Ainsi, on demande au travail sur le corps « de modifier le sujet dans son caractère et de supprimer ses malaises ou réticences » (Le Breton, 1990, p.165). C'est par ces transformations du corps, qui mobilisent de multiples modèles explicatifs que l'on changera sa vie :

[les individus] se livrent à une recherche inlassable de modèles destinés à assigner à leur corps une sorte de supplément d'âme. Ainsi se justifie le recours à des conceptions du corps hétéroclites, souvent contradictoires, simplifiées, réduites parfois à des recettes. Le corps de la modernité devient un melting pot bien proche des collages surréalistes. (Le Breton, 2003a, p.15).

Toutefois, comme le souligne Martucelli (2002), plus que l'expression de soi, c'est la maîtrise de soi qui constitue le fantasme de la modernité. C'est en effet « à propos du corps que se dévoile avec force l'injonction adressée aux individus de se tenir de l'intérieur », de se penser comme individu existant en dehors « de toute dépendance ». Si « [...] l'incapacité à organiser et à se rendre maître de son apparence nous incommodent autant [poursuit-il] c'est parce qu'elles vont à l'encontre de cette injonction centrale » (p. 51-52). L'auto-contrôle constituerait ainsi la finalité première du travail sur le corps.

L'entretien corporel s'inscrit aussi dans le cadre d'une recherche de sociabilité, notamment dans la sphère privée où le corps gagne en importance, imposant un contrôle des impressions que l'on produit sur l'autre (Goffman, 1973). Les relations sociales se font précaires et c'est par le corps que l'on se positionne et que l'on entre en contact :

Les sociétés occidentales, confrontées à la désymbolisation de leur rapport au monde, où les relations formelles l'emportent toujours d'avantage sur les relations de sens (et donc de valeurs), engendrent des formes inédites de socialisation qui privilégient le corps mais le corps ganté de signes éphémères, objet d'un investissement croissant [...] L'individu cherche par la médiation de son corps à vivre un épanouissement dans l'intime. (Le Breton, 1990, p. 160)

La société de consommation joue un rôle important dans ce procès d'individualisation. Interpellant le consommateur dans son individualité, dans ses désirs, elle constitue une véritable « machine à personnaliser. » De plus, elle permet la multiplication des choix du fait de l'abondance qu'elle rend possible. Après la consommation de masse des années 1950-60 suit l'hypersegmentation qui offre plus d'options et plus de combinaisons, donnant aux individus la possibilité d'une « existence à la carte » (Lipovetsky, 1983). Les communications médiatiques (publicité, presse populaire et télévision) participent activement à la diffusion des nouvelles représentations et des pratiques de culte du corps. Offrant des images stylisées du corps, les médias contribuent à imposer des idéaux de beauté, des modèles auxquels les individus tentent de se conformer (voir par exemple, Winkler, 1994 pour une discussion sur la séduction que ces images exercent).

Thompson et Hirschman (1995) associent la profusion des pratiques de gestion du corps à la mise en place d'une nouvelle forme de contrôle social, disséminé, individualisé et internalisé, engendrant une certaine autodiscipline corporelle (selon le modèle du panoptisme de Foucault, 1975). Selon ces auteurs, les individus ont intégré les positions des différents experts légitimes sur le corps, notamment celles du système biomédical. Tous les discours actuels sur le corps (de la médecine dure, aux soins esthétiques, en passant par les médecines alternatives et les pratiques sportives) convergent vers cette idée que la gestion corporelle est une nécessité qui incombe à l'individu. La sanction reste toutefois sous-entendue dans ces messages : l'individu indiscipliné s'expose à une intégration sociale et professionnelle difficile. En effet, il n'est pas bon d'être malade ou faible, (voire même laid ou vieux) dans une société qui stigmatise toute « déviance » corporelle (Goffman, 1975).

Selon Foucault (1975), ce contrôle des corps qui fonctionne à la technique et à la normalisation est de nature politique. Il relève d'une forme d'organisation diffuse, qui impose

sa marque sans être nécessairement objet de discours. Toutefois, lorsque Foucault parle de « discipline » s'exerçant sur le corps, il entrevoit qu'elle ne s'exerce pas sur un corps passif, témoignant d'une ouverture vers l'initiative des sujets. C'est en devenant une « discipline active » que la coercition est le plus efficace : « L'individualisation conduit à un asservissement particulier. La discipline joue dans ce cas avec l'attrait pour mieux s'imposer comme pour mieux gagner le sujet » (Vigarello, 1995, p.22). Elle a également une fonction rassurante puisqu'elle donne aux individus le sens d'avoir prise sur leur corps. Feillet (1997) montre ainsi que les femmes qui s'engagent dans une pratique physique et diététique ont le sentiment d'avoir « prise sur leur ligne », ce qui contribue à une image du corps plus positive.

Cet investissement politique des corps vise à les rendre plus résistants, plus flexibles, et plus adaptables aux contraintes du marché et de l'entreprise (Featherstone, 1991 ; Pagès-Delon, 1987). Le discours néo-libéral qui émerge dans les années 1980, et qui pose comme nécessaire la soumission aux impératifs du marché, accorde de plus en plus d'importance à l'excellence corporelle. En effet, l'insertion optimale dans le marché, finalité des individus isolés, implique la maximisation des compétences professionnelles, communicationnelles, physiques et psychologiques. Ainsi, la gestion du corps s'inscrit-elle dans une recherche d'excellence et de performance. Elle est conditionnée par l'idéologie de la réussite. Il faut devenir la vitrine de ce que l'on vante et de ce que l'on vend, c'est-à-dire, être perpétuellement en situation de représentation (Ehrenberg, 1987).

### 2.2.3 L'injonction du « vieillir-jeune »

Dans les sociétés occidentales, vieillir c'est se dépouiller de l'essentiel de ce que fut sa vie, c'est la démission de l'activité professionnelle et parfois la perte du revenu financier qui l'accompagnait, c'est la perte de la jeunesse, de la santé et de la vitalité, et de ce fait, de la capacité de séduction intimement associée à ces valeurs. Vieillir équivaut ainsi à une perte de contrôle sur l'existence, la perte de contrôle sur le corps venant accentuer le sentiment de perte identitaire : « le vieillard, n'est plus son histoire, il n'est plus sujet, il est un corps défait. » (Le Breton, 1990, p.146).

La vieillesse déroge aux valeurs dominantes de jeunesse, de santé, de dynamisme, de vitesse, et de performance propres à la modernité. Elle marque une réduction progressive au corps et constitue un rappel constant de la fragilité de la condition humaine (Le Breton, 2003a). Insidieuses, les modifications corporelles qui accompagnent le processus de vieillissement (du blanchissement des cheveux, en passant par les rides jusqu'aux problèmes de santé) n'en sont pas moins réelles et renvoient aux représentations négatives de la vieillesse et plus particulièrement de la vieillesse au féminin (Le Breton, 2003a). Pourtant, l'individu n'a généralement pas le sentiment de vieillir (Drulhe, 1994 ; Le Breton, 2003a). La perception du vieillissement corporel s'opère souvent à travers le regard de l'autre (qu'il soit réel ou intériorisé), ou via le regard porté sur l'autre : « C'est souvent par les autres, soit que nous les regardions, soit qu'ils nous regardent et nous fassent part de leurs observations, que l'on se reconnaît âgé et vieux à la fois. » (Drulhe, 1994, p.270).

Depuis sa mise sur pied dans l'après-guerre, la retraite est associée à une « mort sociale » (Guillemard, 1972). Remettant en cause l'utilité sociale des individus, elle met en péril leur relation au monde et aux autres et équivaut à une « désinsertion sociale » (Afreux-Vaucher, 1993). Les mises à la retraite anticipée semblent aggraver cette situation (Guillemard, 1986). Les premières recherches sur la transition de la retraite concluaient que celle-ci était plus facile pour les femmes que les hommes, celles-ci s'investissant tout au long de leur vie dans des rôles multiples, notamment au sein de la famille, dont nombre se poursuivent dans le vieillissement. Toutefois, les recherches menées depuis le début des années 1980 vont dans le sens d'une absence de différence significative entre les sexes. Certaines semblent même indiquer que les femmes sont plus nombreuses à vivre difficilement la cessation d'activité (voir Caradec, 2001 pour une revue de cette littérature).

Toutefois, les conditions de la retraite se sont profondément transformées sous l'effet de l'augmentation de l'espérance de vie (et notamment de l'espérance de vie sans incapacité), de l'élévation du revenu moyen des retraités, remettant en cause cette image de la retraite « mort sociale », stade de perte de contrôle et de passivité au profit de celle de la « retraite active » et du « bien vieillir » (Gestin, 2000). Les médias et la société de consommation dans son ensemble diffusent de nouvelles images de la retraite qui présentent la retraite comme un

stade positif, une nouvelle étape, celles des loisirs, de la réalisation et de l'épanouissement de soi (Caradec, 1998). La retraite n'est d'ailleurs plus associée à la vieillesse, mais constitue un « nouvel âge » situé entre le passage à la retraite et le « grand-âge », repoussé dans le temps et marqué par la figure de la « dépendance » (Guillemard, 2003 ; Ennuyer, 2002). La nouveauté vient surtout de ce que la conception de l'individu comme centre autonome de décision se poursuit dans le vieillissement (Montavani et Mondiano, 2000). Cette représentation semble se diffuser au sein des classes sociales favorisées qui ne supportent plus d'être associées à « l'imagerie populaire [du vieillissement] de l'impotence et de l'inactivité » (Bui-Xuan et Marcellini, 1993, p147) et veulent continuer de jouir de leur autonomie.

Les politiques de santé publique ont largement participé à la promotion de ce nouveau modèle de retraité actif. L'objectif est, au nom d'une meilleure « insertion des personnes âgées dans la société » (rapport Laroque, 1962) d'amener celles-ci à faire preuve d'une attitude volontariste vis à vis de la santé et du vieillissement (Guillemard, 1986). Pour « bien vieillir », c'est à dire pour repousser les effets du vieillissement, éviter les maladies graves, rester autonome et actif, le retraité se doit de s'engager dans une prise en charge active de son vieillissement et de sa santé (Feillet, 2003). La diffusion du modèle du « bien vieillir » coïncide avec la montée en puissance de la valeur santé et de son corollaire la prévention.

Au sein de la presse senior et santé, caractérisée par l'injonction du « vieillir-jeune » (Gestin, 2000), les visuels privilégient une représentation des femmes de 50 ans affichant une cinquantaine resplendissante et entourées alternativement d'un conjoint, partenaire actif de cette maturité épanouie ou encore de personnes plus jeunes « comme pour adoucir l'image de la vieillesse qu'elles véhiculent » (Meidani, 2003, p.172). Préserver cette « beauté naturelle » par une gestion active du corps est présenté comme nécessaire à la continuité identitaire et au maintien du lien social :

Les prescriptions de ce qui est « à faire », ou ne « pas faire » pour conserver forme, minceur et beauté, garder sa féminité [...] en préservant le plus intact possible son corps et son visage, sont assimilées à des besoins identitaires. Le « laisser aller » est présenté comme un risque majeur du passage à la retraite. Le corps redressé, le corps rajeuni, le

corps présenté et présentable s'incarne dans deux figures non exclusives : « la supermamie » et la « séductrice mature », deux images positives du vieillissement féminin qui servent de repoussoir à une troisième, l'image de la vieille décatie, démente ou « dépendante » (Gestin, 2000, p. 206).

Dans ces magazines, les pratiques corporelles renvoient à la notion de santé préventive et d'équilibre. Ainsi, les activités sportives s'inscrivent-elles désormais dans la modération et la régularité, tandis que le contrôle de l'alimentation cède la place à la promotion d'une alimentation saine qui privilégie les produits terroirs (Meidani, 2003). La presse magazine présente enfin la cinquantaine comme « l'heure des bilans », reprenant le discours alarmiste du « corps à risque ». La médicalisation du champ social a amené une plus grande conscientisation de l'âge et des effets du vieillissement sur le corps, ceux-ci étant traités tels des symptômes pathologiques (Featherstone et Hepworth, 1990, Drulhe et Clément, 1998). Sous le paradigme biomédical, le vieillissement est perçu comme un obstacle à dépasser plutôt que comme un processus naturel, d'où l'acharnement thérapeutique auquel on assiste pendant les dernières années de la vie. Cette association vieillissement-maladie a pour effet de renforcer la stigmatisation du vieillissement et notamment du vieillissement féminin. Posant la physiologie du corps jeune comme référence, le modèle biomédical considère celui-ci comme pathologique (Delanoë, 1998).

#### 2.2.4 Un nouveau rapport à la maladie, à la santé et à l'institution médicale

Le modèle biomédical qui s'impose à partir des années 1950 atteint son apogée dans les années 1970 avec la montée en puissance de la médecine « technico-scientifique », le développement de l'infrastructure médicale, l'industrialisation de la santé et la mise en place de systèmes d'assurance maladie dont l'objectif est de favoriser l'accès aux soins médicaux (Pierret, 2003). Profession autonome par excellence, la médecine élargit son champ de compétences, pénétrant peu à peu tous les aspects de la vie sociale, qui trouvent dans le modèle biomédical une réponse technique (Pierret, 2003 ; Aïach, 1998). Elle s'affirme ainsi comme un mode de contrôle des populations par le corps, constituant un véritable « bio-pouvoir » (Foucault, 2003).

Dans le modèle biomédical, la maladie qui est au centre des préoccupations, est imprévisible et résulte de l'intervention d'un agent pathogène extérieur (modèle étiologique exogène), généralement unique, qu'il faut identifier et neutraliser. La santé est alors définie par opposition à la maladie et n'a pas de statut propre : « les professionnels de la médecine s'emploient donc à réduire la maladie et même à la faire disparaître afin que le patient retrouve cet état normal et sain qu'est la santé, dont bien qu'ils soient les artisans de son rétablissement, ils ne savent que dire » (Pierret, 1984, p. 222).

Dans les années 1970, l'efficacité de la médecine technico-scientifique atteint des limites, comme en témoignent les rendements décroissants des dépenses de santé. Ceux-ci s'expliquent en partie par l'évolution du tableau de la morbidité avec la diminution des maladies infectieuses et la progression des maladies cardio-vasculaires, des tumeurs, et des maladies chroniques. Le questionnement à l'égard de la médecine intervient également dans un contexte marqué par une volonté de réduction budgétaire, qui a pour effet de soumettre les systèmes de soins à une évaluation en termes de coûts/bénéfices, portant atteinte à l'autonomie de la profession médicale et de la recherche scientifique (Pierret, 2003 ; Aiach, 1998).

Plus fondamentalement, la remise en question du savoir scientifique et de l'institution médicale est inhérente aux sociétés industrielles qui entrent dans une phase réflexive du fait de la prolifération des risques (Giddens, 1991 ; Beck, 2001). L'industrialisation croissante génère en effet des menaces dont la portée et l'ampleur s'étendent sous l'effet de la globalisation. « Effets induits » du développement technique et industriel, ces nouveaux risques obligent la société à se repenser elle-même (Beck, 2001). Leur prolifération favorise l'émergence d'un doute permanent, d'une remise en question de la rationalité scientifique, portée par de multiples acteurs qui gagnent en légitimité et participent de la « conscience publique accrue de l'existence du risque » (Beck, 2001, p. 100). La modernité avancée est ainsi caractérisée par l'émergence de nouvelles sources d'autorité et d'expertise, donnant lieu à une diffusion plus rapide mais aussi plus massive d'informations contradictoires (Giddens, 1991). Dans le champ de la santé, on assiste à une multiplication des acteurs revendiquant différentes approches de la maladie et de sa prise en charge (professionnel de santé,

associations de patients, représentants des médecines alternatives, médias, politiques). La critique du savoir et de l'institution médicale se joue également en son sein (Gabe *et al.*, 1994). On observe notamment une scission entre les médecins et les professionnels des secteurs sanitaire et social qui contestent l'exclusivité du savoir biomédical sur le corps malade.

C'est dans ce contexte de remise en question de la rationalité scientifique que se développent les médecines dites « parallèles » ou « alternatives » auxquelles avaient recours, dans les années 1980, près d'un français sur deux (Laplantine et Rabeyron, 1986). Recouvrant de multiples réalités thérapeutiques, ces nouveaux courants adoptent une vision plus globale de la santé, privilégiant le rôle de l'endogène et prenant le contre-pied du modèle biomédical qui considère l'organe avant l'individu. Ils se positionnent aussi comme des alternatives à la « brutalité allopathique » de la biomédecine officielle, souvent invasive et impersonnelle, donnant de la maladie une interprétation presque religieuse. Enfin, ils s'inscrivent dans une contestation de l'inégalité de la relation médecin-patient, prônant une réappropriation du corps (Laplantine et Rabeyron, 1986). Leur popularité tient d'ailleurs en partie au fait qu'au sein de la relation de soin, le différentiel de pouvoir est minimisé (Lowenberg et Davis, 1994, cité dans Williams et Calnan, 1996).

Pour Le Breton (2003a), la crise de légitimité dont est victime la biomédecine résulte essentiellement de l'insatisfaction des malades à l'égard du modèle biomédical dualiste qui sépare l'homme de son corps. Elle atteste du « fossé qui s'est creusé entre les malades et le médecin » (p.192) et qui tient essentiellement au refus de la médecine de considérer la composante symbolique nécessaire à toute démarche de soin : « Même si la médecine ne cesse de buter contre l'irréductibilité du symbole, elle n'a jamais relevé le défi en tant que discipline ; c'est là, selon nous, la cause majeure de son échec à s'imposer de façon unanime » (p.196). Le développement et la légitimation croissante des médecines dites « alternatives » et la résurgence des médecines traditionnelles s'explique ainsi selon l'auteur, largement par leur capacité à réintroduire du symbolique dans la relation thérapeutique :

Le citoyen qui reprend le chemin de la campagne, et peut-être de ses racines, est à la recherche d'une guérison possible de troubles que la médecine a souvent échoué à guérir, mais il y trouve de surcroît une image nouvelle de son corps, bien plus digne d'intérêt que celle donnée par l'anatomie ou la physiologie. Au delà d'une éventuelle guérison, il regagne une dimension symbolique qui pare son corps et donc sa propre existence d'homme d'une valeur et d'un imaginaire qui lui faisaient défaut. Il enrichit sa vie d'un supplément d'âme, qui n'est autre qu'un supplément de symbole. De même, les médecines « douces » donnent au malade ce surcroît de sens nécessaire à la sécurité ontologique. » (Le Breton, 2003a, p.197)

Aujourd'hui, l'action des « médecines alternatives » semble beaucoup plus complémentaire des soins médicaux, comme en témoigne d'ailleurs la légitimité croissante que leur accordent les professions médicales (Herzlich, 1986 ; Le Breton, 2003a) mais aussi les acteurs en charge des politiques de santé publique. La diffusion de ces pratiques et plus largement de l'automédication semble en effet favoriser une réduction moins douloureuse des dépenses de santé (Rosenau et Thoër, 1996).

La remise en cause de l'institution médico-scientifique émane également des mouvements des femmes, des mouvements d'auto santé et des associations de malades qui prennent naissance en Amérique du Nord dans les années 1970. Ceux-ci contestent la « médicalisation du champ social » et la mainmise de la profession médicale sur la définition de la maladie et de sa prise en charge. Ils revendiquent un rôle plus actif du malade au sein de la relation médecin-patient, une légitimation des savoirs expérientiels sur la maladie, et une prise en compte des droits du malade à l'information et au choix du traitement (Aïach, 1994 ; Pierret, 1984 ; Gagnon, 1998). Gagnon (1998, p. 68) se demande toutefois si ces revendications d'autonomie en santé, qui contribuent « à élargir le champ de ce qui se rapporte à la santé » et mettent l'accent sur la responsabilisation de l'individu, n'ont pas en réalité favorisé l'extension de la médicalisation contestée.

La ré-appropriation des connaissances et de l'expertise par les profanes (« *lay reskilling* »), s'effectue aussi sur une base individuelle et quotidienne (Giddens, 1991). La large diffusion de l'information scientifique alimente en effet un processus de révision constante de l'engagement dans les pratiques thérapeutiques. Elle participe de la perception profane du

risque, entraînant une redéfinition de la relation des individus aux « systèmes experts », celle-ci s'inscrivant désormais de plus en plus, dans une dialectique de confiance et de méfiance :

Attitudes of trust, as well as more pragmatic acceptance, scepticism, rejection and withdrawal uneasily coexist in the social space linking individual activities and expert systems. Lay attitudes towards science, technology and other esoteric forms of expertise, in the age of high modernity, tend to express the same mixture of attitudes of reverence and reserve, approval and disquiet, enthusiasm and antipathy, which philosophers and social analyst (themselves experts of a sort) express in their writings. (Giddens, 1991, p.7)

En effet, si la confiance à l'égard du médecin joue plus que jamais un rôle central, elle implique maintenant une démarche active du patient et peut sans cesse être renégociée (Giddens, 1991). La prise de distance vis à vis de la biomédecine n'est toutefois pas généralisée et semble varier en fonction des individus, de leurs caractéristiques sociodémographiques et de leur état de santé. Elle n'a pas non plus la même résonance selon les spécialités médicales (Williams et Calnan, 1996).

Cette méfiance à l'égard des « systèmes experts » découle essentiellement de « l'impuissance de la rationalité scientifico-technique à répondre à l'expansion des menaces et des risques » (Beck, 2001, p. 107) et à permettre d'anticiper le futur (Giddens, 1991). Elle est aussi alimentée par les crises de santé publique et les « affaires » qui jettent un doute sur la crédibilité de l'industrie pharmaceutique et les compétences des médecins et des autorités de santé publique (Beck, 2001). Ces événements largement médiatisés contribuent à accroître la sensibilité des individus au risque qu'implique toute prise en charge médicale. Ils mettent plus que jamais en évidence les limites de la médecine, entraînant une interrogation sur la science elle-même (Pierret, 2003). C'est dans ce contexte d'incertitude scientifique que s'impose le principe de précaution qui vise à prévenir un danger avant même que le risque ne soit formellement démontré (Pierret, 2003). En effet, « plus les risques augmentent, [et] plus on doit promettre de sécurité. [L]es risques constituent [ainsi] un réservoir de besoins sans fond, insatiable, éternel, qui s'autoproduit » (Beck, 2001, p. 37 et 42).

Ce questionnement du savoir médical s'accompagne d'une remise en question du modèle du facteur exogène unique au profit d'un modèle d'interprétation de la maladie pluricausal, privilégiant une approche plus globale de la santé et imposant une prise en compte des facteurs de risque environnementaux (conditions et habitudes de vie). L'état de santé des populations devient un « patrimoine collectif » que l'épidémiologie permet d'évaluer et qu'il faut protéger par des actions de prévention (Pierret, 1984). Toutefois, comme le souligne Pierret (1984, p.224-225), cette focalisation sur les facteurs de risques (parfois confondus avec les causes même de la maladie), débouche essentiellement sur des actions visant à modifier les comportements individuels et non sur « une remise en cause des structures économiques et sociales ». L'accent est mis sur la prise en charge individuelle : « le devoir de santé » et la prévention qui cible les corps sains (Pierret, 2003). L'intériorisation du devoir de prévention par les individus se manifeste par une plus grande attention aux symptômes morbides et entraîne un recours plus systématique au système de soin, qui en retour alimente l'écoute corporelle active et vient confirmer le statut pathologique des symptômes jugés suspects :

[...] outre l'amplification produite concernant la préoccupation pour les questions de santé, le comportement préventif conduit souvent chez le médecin ou dans un laboratoire d'analyses, faisant fatalement apparaître des symptômes et troubles qui seraient restés plus ou moins enfouis- au moins pour un temps- dans le magma des sensations du quotidien. Le trouble léger a pris du fait du diagnostic médical ou du traitement prescrit par le médecin, une consistance, une légitimité qui changent complètement son statut dans l'ordre du pathologique et dans le champ social. (Aïach, 1998, p.31).

Dans ce contexte, la santé devient une norme qui envahit le champ social, comme en témoigne la multiplication des magazines santé (Aïach, 1998). Elle constitue une « sorte de supercatégorie aux sens multiples et au champ d'intervention de plus en plus étendu » (Herzlich, 1986, p. 164). Elle est synonyme de bonheur puisqu'elle permet de vivre des expériences ludiques, hédonistes et individualistes. Elle constitue un bien capitalisable, condition de la réussite sur le marché du travail concurrentiel où la performance est de mise. Elle est aussi un bien moral puisque être bien portant est un devoir vis à vis de soi et de la société. Elle constitue enfin, et surtout, un moyen de concentrer sur le corps beaucoup des incertitudes individuelles et sociales caractéristiques de la « modernisation réflexive »

(Giddens, 1991, Beck, 2001). Celles-ci trouvent une réponse rassurante dans la recherche de santé, qui se gère comme un projet planifié de maîtrise des risques, le champ d'action de la prévention étant sans cesse étendu par le développement des technologies de diagnostic (Hours, 2003). En effet, à alors même qu'on assiste à une « démystification de la science » (Beck, 2001), les nouvelles technologies médicales font croire à la possibilité d'un avenir sans maladie, voire même sans vieillissement, (Aïach, 1998). Sous le règne de « l'utopie de la santé parfaite » (Sfez, 1998), la maladie, tout comme la vieillesse « délabrée » deviennent des péchés impardonnables (Feillet, 2003).

Ce modèle étiologique endogène caractéristique des médecines « alternatives » et de la médecine prédictive, co-existe aujourd'hui avec le modèle exogène qui reste la référence dominante pour la médecine contemporaine et les malades (Laplantine, 1986). Il s'applique plus particulièrement à certaines catégories de maladies comme les troubles fonctionnels, les maladies chroniques, les déséquilibres hormonaux, la psychose maniaco-dépressive, les tumeurs (Laplantine, 1986). Il prône une vision où la maladie, individualisée et unique, réside essentiellement dans le sujet qui doit s'impliquer dans l'entretien de sa santé comme dans sa guérison. On insiste alors sur les notions de « terrain », de « tempérament », de « prédispositions », « d'hérédité », de « patrimoine génétique » (Laplantine, 1986).

### 2.3 L'EXPÉRIENCE DU VIEILLISSEMENT ET DE LA MALADIE

La théorie des représentations sociales considère, bien qu'elle ne s'appesantisse pas sur ce sujet, que l'expérience individuelle participe de la construction représentationnelle. Pour l'anthropologie interprétative et la sociologie qualitative, l'expérience (et notamment l'expérience corporelle) est appréhendée à la fois comme « fondement et problématique des représentations » (Good, 1998, p.131). Il nous a donc semblé nécessaire de présenter les principaux apports théoriques qui permettent de comprendre comment se construit l'expérience du vieillissement, des symptômes morbides et de la maladie. Notre intérêt pour les pratiques entourant la ménopause et plus spécifiquement l'hormonothérapie, nous a également amené à mettre l'accent sur deux éléments qui participent de l'expérience de la maladie : la rencontre avec le médecin et le rapport au médicament.

### 2.3.1 Le vieillissement : un processus marqué par les transitions biographiques

L'intérêt de la sociologie pour l'expérience de la vieillesse est assez récent sans doute parce que l'âge a longtemps été considéré comme une caractéristique trop individuelle et surtout secondaire par rapport à l'appartenance sociale (Caradec, 2001). L'étude du processus du vieillissement relevait donc essentiellement de la psychologie.

Les premières théories sociologiques sur le vieillissement sont développées aux Etats-Unis dans les années 1960. Ces théories d'inspiration fonctionnaliste considèrent que l'individu est défini par ses rôles sociaux et notamment par son rôle professionnel. Elles visent à décrire le processus de vieillissement en vue d'identifier les conditions d'un vieillissement réussi (Caradec, 2001). Selon la théorie du désengagement (Cumming et Henry, 1961), le vieillissement entraîne un retrait progressif et irréversible des rôles sociaux et un recentrage sur les liens affectifs. Ce désengagement est interprété comme résultant d'une concordance entre les intérêts de la société et de l'individu. Au travers de l'institutionnalisation du système de retraite, la société favorise en effet le retrait progressif des individus, leur permettant de s'adapter aux exigences de leur âge. Ce repli sur la sphère privée leur permet de se délier progressivement des liens qui les liaient à la société et constitue une étape nécessaire en vue d'une mort inévitable. Cette théorie a fait l'objet de plusieurs critiques notamment parce qu'elle occulte le fait que c'est la société qui produit la dévalorisation des personnes âgées (Caradec, 2001). Hotschild (1975, cité dans Lalive d'Epinay et Bickel, 1996) souligne de plus que le désengagement, même à des âges avancés, est loin d'être universel et ne touche pas tous les domaines d'activité de la même manière.

La théorie de l'activité qui sera réactualisée dans les années 1960 en réaction à la théorie du désengagement, mais dont la première élaboration date de 1953 soutient que « bien vieillir » exigerait non pas un retrait de la société mais au contraire de préserver ses principaux rôles ou de leur trouver des substituts (Havighurst et Albrecht, 1953, cité dans Caradec, 2001). « Bien vieillir » serait donc faire preuve d'une attitude volontariste, les auteurs soulignant qu'un niveau d'activité plus élevé est associé à une plus grande satisfaction de la vie. Cette théorie qui privilégie les facteurs individuels de l'adaptation au vieillissement a trouvé une large audience dans les milieux de praticiens à la recherche de recettes d'action auprès des

publics âgés. Elle a également fait l'objet de nombreuses critiques. Il apparaît en effet que la relation entre le taux d'activité et le niveau de satisfaction est loin d'être évident, notamment parce que les activités considérées comme gratifiantes varient d'un groupe social à l'autre et ne se limitent pas aux rôles codifiés selon les exigences du système social (Lalivé D'Épinay et Bickel, 1996).

Dès la fin des années 1970, des travaux s'inscrivant dans une perspective théorique de type constructiviste et interactionniste s'intéressent à « l'expérience du vieillir ». Postulant que la construction identitaire se poursuit tout au long de l'existence, ils envisagent le vieillissement comme un processus marqué par des transitions, « moments décisifs », entraînant des changements de statut (« *status passage* ») et amenant les individus à reformuler leur identité (Caradec, 1998 ; Glaser et Strauss, 1971). Ces événements « déclencheurs » sont marqués par une activation du processus de construction identitaire et entraînent une renégociation des rôles sociaux (Glaser et Strauss, 1971 ; Côté, 1996). Cette perspective insiste aussi sur le rôle des « autres » proches ou anonymes et des objets (comme la canne), qui assignent des identités avec lesquelles les individus doivent composer (Caradec, 1998).

Les travaux sur la « déprise », concept développé par Barthe, Clément et Drulhe (1990), insistent également sur les phases de rupture (moments pendant lesquels l'individu n'est plus adapté à son environnement), qui marquent le processus de vieillissement, entraînant le retrait de certaines activités et de certaines relations sociales. Toutefois, la « déprise » n'est pas un abandon mais constitue une stratégie de recentrage sur des activités ou des personnes particulièrement significatives « pour conserver au mieux l'identité que l'on s'est forgé le long de son existence » (Clément et Mantovani, 1999, p. 101). Elle est marquée par une logique de substitution et de sélection des activités, n'est pas irréversible et ne touche pas tous les points d'ancrage de l'individu : « c'est pour mieux « tenir » d'un côté qu'on « lâche de l'autre » (Clément et Mantovani, 1999, p. 100). La notion de déprise a surtout été utilisée pour expliquer les reconstructions identitaires propres aux fins de parcours de vie. La perspective de la mort joue donc un rôle très important. Toutefois, les auteurs soulignent que le vieillissement constitue un processus caractérisé par une succession de déprises qui interviennent tout au long de l'existence.

Les éléments « déclencheurs » à l'origine du sentiment du « devenir vieux » sont de deux catégories. Certains comme la fatigue, la baisse d'énergie, les difficultés physiques, la maladie, renvoient à une origine organique. D'autres touchent essentiellement l'univers social : le regard d'autrui, la disparition de certaines opportunités d'engagement, la retraite, le veuvage, etc. (Côté, 1996). Selon les compétences de l'individu, sa trajectoire de vie et ses inscriptions à l'intérieur des réseaux familiaux et sociaux, le processus de déprise peut prendre des formes différentes. Il varie en fonction des transformations de l'existence et de la santé auxquelles sont confrontés les individus mais aussi en fonction des ressources dont ils disposent, de leur capacité et de leur volonté de les mobiliser. La déprise est également dépendante du contexte social et normatif dans lequel s'inscrivent les individus, d'où l'intérêt de prendre en compte leur appartenance générationnelle (Barthe, Clément et Drulhe, 1990 ; Clément et Mantovani, 1999). L'inscription générationnelle semble particulièrement importante lorsque l'on considère le rapport au corps, à la santé et aux pratiques corporelles, qui sont à interpréter à la lumière des savoirs et des normes de gestion corporelle disponibles à une période historique donnée (Travaillot, 1998).

Caradec (2004) qui s'intéresse à la construction du sentiment de « vieillir » chez les individus, identifie deux façons idéal-typiques de se positionner par rapport au vieillissement : « la mise à distance de la vieillesse » et l'acceptation de « l'être vieux ». Dans le premier cas, les individus s'inscrivent dans la continuité avec le passé et n'identifient pas de rupture radicale. Lorsqu'ils sont confrontés à certaines incapacités physiques ou cognitives, ils mettent l'accent sur ce qui demeure et refusent de se laisser aller, de se sentir vieux. Ce sentiment est associé à une capacité de se projeter dans l'avenir. A l'autre extrême, les individus qui se situent dans « l'être vieux », mettent en évidence l'existence d'une rupture dans leur parcours. Ils ont le sentiment d'être devenus autres et insistent sur le contraste entre ce qu'ils sont aujourd'hui et ce qu'ils étaient hier, sur l'opposition entre l'avant et le maintenant, et sur la séparation entre un moi virtuel et un moi réel qui a vieilli. Pour ces personnes<sup>37</sup>, la mort est présente et envisagée comme la « prochaine étape ».

---

<sup>37</sup> Caradec interroge des personnes de 78 ans et plus.

De nombreux travaux ont analysé les ruptures biographiques qui participent de la prise de conscience du vieillissement et surviennent, comme le soulignent Glaser et Strauss (1971), rarement de manière isolée. La plupart de ces travaux ont porté sur les événements relevant de l'univers social. La retraite, qui ne constitue pas un passage généralisé pour toutes les femmes mais le deviendra de plus en plus (notamment avec le vieillissement de la génération du baby-boom, caractérisée par une présence massive des femmes sur le marché du travail), a ainsi fait l'objet de beaucoup d'attention. Si l'arrêt de l'activité professionnelle ouvre aujourd'hui sur un nouveau « temps de vivre », une « vie à inventer » (Lalivé d'Epinay, 1991), centrée sur l'épanouissement de soi (Caradec, 1998), il peut aussi marquer le début « d'une situation de crise », d'une rupture caractérisée par la déstructuration de l'emploi du temps et le risque d'un repli sur soi et sur le foyer (Druhle, 1994). La retraite entraîne aussi une nécessaire re-définition des rapports de couple. Les conjoints se retrouvent face à face et doivent négocier une nouvelle « bonne distance conjugale », c'est à dire un nouvel équilibre au sein du foyer (re-négociation de l'espace familial, de la répartition des tâches) mais aussi concernant les aspirations à l'égard de l'autre que la cessation d'activité rend « théoriquement » plus disponible (Caradec, 1996). Il semble ainsi bénéfique, une fois passée l'euphorie des premiers temps, de ne pas sombrer dans le vertige du temps libre et de retrouver des activités « structurantes », « durables et récurrentes », qui permettent de garder des rythmes et d'assurer « une continuation de soi » (Druhle, 1993). Grand *et al.* (1989) ont montré que ces activités s'inscrivent généralement dans la continuité de celles de la trajectoire passée (prolongement direct de l'expérience passée ou amplification de certaines pratiques effectuées dans le temps libre). Elles sont façonnées par l'ensemble des valeurs engagées dans l'expérience de toute une vie.

Le départ des enfants adultes constitue un autre événement marquant. Il a été abondamment décrit pendant les années 1970 comme une période douloureuse, notamment pour les mères qui ne travaillaient pas et se retrouvaient face à un « nid vide ». Attias-Donfut et Segalen (1998) montrent dans leur étude qu'un peu plus d'une femme sur deux avoue avoir éprouvé un vide au départ de leurs enfants. Cette situation semble plus difficile à vivre en l'absence de conjoint. Toutefois, le départ des enfants ne constitue pas nécessairement un stress sévère, notamment pour les femmes qui ne se définissent pas uniquement par leur rôle de mère

Berkun (1986). Il place toutefois les conjoints dans un nouveau face à face qui entraîne une redéfinition des rapports de couple (Charpentier, 1994 ; Drulhe, 1994 ; Frey, 1981).

La grand-parentalité participe aussi au processus de prise de conscience du vieillissement puisqu'elle entraîne pour l'individu un changement de génération : « quand ses propres enfants deviennent parents, comment ne pas vieillir ? » (Drulhe, 1994). La grand-parentalité marque ainsi l'amorce d'une nouvelle étape qui du fait de l'allongement de la vie est devenue longue et généralisée. Le cas des familles réunissant quatre générations est d'ailleurs de moins en moins exceptionnel,<sup>38</sup> ce qui n'est pas étonnant puisque les femmes françaises deviennent grand-mères en moyenne à 49 ans.<sup>39</sup> Ainsi, entre 50 et 54 ans 42% des femmes sont grand-mères et 65% entre 55 et 59 ans.<sup>40</sup> La façon de vivre son rôle de grand-mère recouvre des réalités multiples et semble fortement influencée par la nature des relations mères-filles (Attias-Donfut et Segalen, 1998).

A l'approche de la soixantaine, les femmes se trouvent également confrontées au vieillissement de leurs parents. Plusieurs études montrent que c'est pour une large part la famille, et plus particulièrement les femmes, qui assurent le maintien à domicile de leurs ascendants (Martin, 1996 ; Membrado, 2002). Nombre de femmes de 50 à 60 ans qui sont au cœur de la génération « pivot », se retrouvent ainsi à soutenir leurs parents mais aussi les deux générations qui les suivent, enfants et petits enfants (Attias-Donfut, 1995). Le rôle d'aidante naturelle recouvre des réalités multiples, comme l'a souligné Pennec (1999) qui met en évidence trois modalités d'exercice de la filiation : la perpétuation familiale, la recherche d'une filiation idéalisée et la délégation aux professionnels. Il constitue souvent une source d'inquiétude pour celles qui aident, qui se demandent jusqu'à quand leur investissement auprès de la personne âgée sera viable et supportable (Drulhe, 1993).

---

<sup>38</sup> La France compte ainsi 12.6 millions de grands parents âgés de 57 ans en moyenne et 2 millions d'arrière-grands-parents. (INSEE, recensement de 1999)

<sup>39</sup> Marketing book senior, SECODIP, 2001.

<sup>40</sup> Enquête CNAV-INSEE, 1996, citée dans Attias-Donfut et Segalen, (1998).

La prise en charge des parents plus âgés amène aussi probablement les individus à réfléchir sur leur propre vieillesse. Pour les baby-boomers qui ont revendiqué une plus grande capacité d'autodétermination, la volonté de préserver l'autonomie dans le grand âge, de ne pas être dépendant des solidarités familiales, semble très vive. Une étude réalisée auprès de baby-boomers américains (Roper et Starch, 1999), montre que la volonté de ne pas dépendre de ses enfants en vieillissant est une préoccupation centrale et largement partagée (7 individus sur 10).

Les travaux portant sur la signification des modifications corporelles associées au vieillissement, c'est à dire sur l'expérience « incorporée » du vieillissement, sont moins nombreux (Hurd, 2000). Les auteurs féministes nord-américaines ont beaucoup écrit sur la dimension politique des pratiques de beauté, révélant les enjeux sociaux dont pouvait être l'objet le corps des femmes et les représentations négatives qui s'exercent à l'égard du corps féminin vieillissant (voir Beausoleil, 1992 et Chrisler et Ghiz 1993 pour une revue de cette littérature). Médias et industries culturelles diffusent en effet des représentations des femmes normalisées et stéréotypées qui placent la beauté, la minceur et la jeunesse au centre de la définition du statut féminin (Wolf, 1991). Les femmes semblent avoir largement intégré ces standards comme le témoigne le vocabulaire négatif qu'elles emploient pour décrire les transformations corporelles qu'elles constatent en vieillissant (Hurd, 2000). Hurd (2000, 2002b) qui a interrogé des femmes de 60 à 91 ans, observe toutefois que celles-ci témoignent d'une certaine prise de distance à l'égard du corps avec l'avance en âge. Elles semblent ainsi résister aux idéaux actuels de beauté et privilégient l'entretien de la santé plutôt que de l'apparence (mais n'est-ce pas là se conformer à un autre modèle corporel ?) L'auteur souligne toutefois que les préoccupations esthétiques semblent aussi moins légitimes pour les individus vieillissants et sont donc peut-être moins avouables (Hurd Clarke, 2002a). La mise à distance du corps s'accompagne d'ailleurs de stratégies visant à minimiser l'implication dans des situations sociales où le corps vieillissant risque d'être stigmatisé (Berkun, 1983). De plus, les femmes témoignent d'une certaine ambivalence à l'égard de leur corps vieillissant qu'elles perçoivent comme « masque et prison » d'un soi resté toujours jeune (Hurd Clark, 2001) :

The ageing process (acts) as a mask or disguise which, like some trick of the make-up artist's craft conceals, layer after layer, the timeless human personality beneath. (Featherstone et Hepworth, 1990, p254).

Les sections suivantes présentent les travaux réalisés sur l'expérience de la maladie, les interactions avec le médecin et le rapport aux médicaments.

### 2.3.2 La maladie : un événement social mais aussi personnel

Pour Laplantine (1986), les systèmes de représentations de la maladie se construisent essentiellement autour de deux pôles : la « maladie en troisième personne » qui fait référence aux valeurs médicales de l'époque, à la « culture médicale ambiante » (notion de « *sickness* ») et la « maladie en première personne » qui concerne l'expérience subjective de la maladie, qu'elle soit celle du malade (notion d'« *illness* ») ou du médecin.<sup>41</sup>

Les premiers travaux anthropologiques et sociologiques sur l'expérience de la maladie voient le jour dans les années 1970 et portent sur l'expérience des maladies chroniques. Ils s'inscrivent pour la plupart dans une perspective interactionniste et interprétative, mettent l'accent sur le déroulement de la maladie (« sa trajectoire »), sur la construction de sens qu'opèrent les individus devant cet événement et sur les stratégies qu'ils déploient pour y faire face. Ils insistent sur le caractère problématique de cette expérience qui menace la cohésion du « monde vécu », modifie l'organisation de la vie, altère la relation de l'individu avec son entourage, perturbe l'image qu'il a de lui-même, et ce faisant, met en péril sa continuité identitaire (Good, 1998) :

La maladie et la souffrance soumettent le vécu aux rythmes vitaux du corps, pénétrant de leur présence déformante la vie de tous les jours, concentrant l'attention sur le corps comme objet, étranger au moi qui le vit, assujetti aux pratiques culturelles. Les rythmes personnels et sociaux normaux s'en trouvent ainsi souvent bouleversés, modelés par les exigences du corps » (Good, 1998, p. 275)

<sup>41</sup> Kleinman (1980) identifie trois ordres de la maladie, chacun trouvant en anglais (mais pas en français) une appellation différente. Il distingue ainsi la représentation sociale de la maladie (« *sickness* »), de la maladie telle qu'elle est vécue et interprétée par le patient (« *illness* »), et de la réalité biologique des troubles (« *disease* »).

La maladie constitue ainsi une « rupture biographique » (Bury, 1982), une « forme élémentaire de l'événement » (Augé, 1984) et engendre une intense activation de la construction réflexive :

L'expérience de la maladie devient aujourd'hui un moment privilégié d'examen et d'expression de soi. Le malade récapitule son existence en cherchant les causes de sa maladie, le « pourquoi » de sa souffrance, il réaffirme ses valeurs les plus chères en refusant un traitement, ou en écrivant son « testament biologique » ; devant le handicap ou la perte de capacités physiques, il modifie ses normes de santé et conteste celles de la société ; il convainc de la lucidité que lui procure sa folie ; il fait valoir son courage dans l'adversité. (Gagnon, 1998, p.59)

Ce retour sur soi a pour objet d'aider l'individu à comprendre et à surmonter le moment de crise qui accompagne souvent la prise de connaissance du diagnostic. Il lui permet aussi de penser son unité et sa continuité, la réflexion sur soi étant soumise à une exigence de cohérence et d'authenticité (Giddens 1991). Il a aussi pour fonction de permettre à l'individu de se projeter en avant dans l'avenir, de « coloniser le futur » et intervient souvent en anticipation (Giddens 1991).

Les travaux sur l'expérience de la maladie chronique accordent une place très importante à la narration de la maladie (Hyden, 1997, Good, 1998). Le discours du malade sans cesse renouvelé, puisqu'il est déterminé par le contexte dans lequel il se produit, constitue en effet un moyen unique d'accéder à l'expérience de la maladie (Good, 1998). Toutefois, la mise en discours de la maladie est beaucoup plus que l'expression d'une souffrance comme l'a souligné Kleinman (1988), elle participe de l'expérience même de la souffrance qu'elle interprète et met en scène comme une intrigue. La narration permet ainsi à l'individu malade d'articuler les différentes phases de sa maladie dans le temps, d'en expliquer les causes et les conséquences et d'en envisager l'issue. Le récit donne sens et cohérence à la maladie, il en facilite l'appropriation et participe du processus de re-construction identitaire :

La mise en récit est un procédé qui consiste à situer la souffrance dans l'histoire, à classer les événements dans un ordre temporel significatif. Elle a également pour but d'ouvrir sur l'avenir, de permettre au patient d'imaginer le moyen de venir à bout de l'adversité, ainsi que des actes qui autorisent la vie telle qu'elle est vécue à refléter l'histoire projetée. (Good, 1998, p.269).

Le discours sur la maladie a également une efficace sociale, permettant par exemple au malade de susciter l'empathie de son auditeur (Good, 1998). Il rend également possible la mise en commun et l'échange de stratégies et peut contribuer à la construction d'une expérience collective de la maladie (Hyden, 1997).

Les études sur l'expérience de la maladie insistent également sur le fait que l'interprétation des états corporels, la légitimation des symptômes et la gestion de la maladie, et notamment des maladies chroniques dont la particularité est qu'elles s'installent dans la durée, impliquent de multiples acteurs : le malade et les représentants de la profession médicale mais aussi l'entourage personnel, professionnel, et relationnel (Good, 1998). L'expérience de la maladie ne peut donc être comprise en dehors de la vie sociale du sujet, c'est à dire sans tenir compte des multiples jeux d'interaction qui se jouent dans les différentes sphères de la vie sociale (Baszanger, 1986). Chaque « trajectoire » de maladie est unique. Elle renvoie à l'évolution physiologique de la maladie mais aussi au travail réalisé par ces différents acteurs. Elle est donc la rencontre de différents savoirs et compétences et relève d'un « ordre négocié » (Baszanger, 1986 ; Strauss, 1992 ). Strauss et Glaser (1975) et Baszanger (1986) ont montré que l'enjeu principal du « travail biographique » dans lequel s'engagent les personnes atteintes de maladies chroniques était de maintenir leurs insertions sociales et une certaine continuité identitaire, en veillant notamment à ne pas se laisser enfermer dans le rôle de malade que leur assignent les soignants et l'entourage.

### 2.3.3 Les interactions avec le médecin

Si l'expérience de la maladie s'inscrit dans un ensemble de relations sociales, la rencontre avec le médecin constitue, dans les sociétés occidentales, une étape déterminante. Le praticien joue tout d'abord, au travers de l'activité diagnostique, un rôle très important dans l'étiquetage de la maladie introduisant « une nouvelle situation : celle de malade reconnue sur des bases communément admises (le savoir médical) » (Baszanger, 1986, p. 13). La rencontre avec le médecin est aussi l'occasion de mettre en œuvre des traitements dont l'usage transforme l'expérience de la maladie (Collin, 2002). Enfin, c'est au travers des systèmes

thérapeutiques avec lesquels l'individu est en contact qu'il se familiarise avec la construction professionnelle de la maladie (Kleinman, 1980). Le contact avec le médecin participe ainsi du processus représentationnel de la maladie (Laplantine, 1986).

On trouve dans la littérature, différents modèles de la relation médecin-patient. Parsons (1951) étudie cette relation dans l'après seconde guerre mondiale, c'est à dire dans un contexte où la toute puissance de la médecine n'est pas remise en question (les maladies infectieuses dominent mais elles sont jugulées par les thérapies antibiotiques). Il propose un modèle fonctionnaliste, soulignant que la maladie empêche l'individu de s'acquitter de ses obligations et constitue une déviance qui menace l'ordre social. Le malade doit donc manifester le désir de guérir et rechercher de l'aide auprès du médecin. Dans ce modèle, la relation est asymétrique. C'est le médecin qui peut résoudre les problèmes du patient qui reste passif mais prêt à collaborer, sa non soumission étant illégitime. Cette coopération se fonde sur l'expertise du médecin et sur son dévouement à l'intérêt général ; le contrôle social exercé par la médecine est donc jugé bénéfique.

Le modèle proposé par Parsons a fait l'objet de plusieurs critiques, notamment de la part de Freidson (1984). Celui-ci remet en question la coopération passive du malade, soulignant que le degré d'activité du patient au sein de la relation thérapeutique varie d'une situation à l'autre, en fonction notamment de l'état du malade et des types de pathologies. Ainsi, la coopération du malade n'est-elle véritablement totale que dans certaines situations exceptionnelles (opérations chirurgicales, coma). Il considère de plus, que la relation médecin-patient est nécessairement marquée par le conflit parce qu'elle confronte deux perspectives culturelles distinctes, celle du profane et celle de l'expert. Enfin, il estime que les arguments avancés par la profession médicale concernant la maîtrise de l'expertise et le souci du bien être du patient et de l'intérêt général visent essentiellement à asseoir son autonomie. C'est sur la base de ces arguments que la médecine a étendu son champ d'application à la sphère sociale : le médecin étant devenu « un entrepreneur de morale » (Freidson, 1984). Cette perspective a inspiré de nombreux écrits qui critiquent, souvent de façon assez peu nuancée, la toute puissance médicale, le caractère déshumanisant de la

relation médecin-patient et les contraintes que fait peser l'industrialisation du secteur de la santé sur le choix d'une thérapeutique (Herzlich, 1994).

L'intérêt des sciences sociales pour les maladies chroniques a permis de faire émerger un autre modèle qui met l'accent sur la participation active du malade au processus de soin. Le fait que la maladie chronique s'installe dans la durée entraîne en effet un transfert de connaissances et de compétences. Dès lors, la relation thérapeutique s'inscrit dans un processus de négociation dont l'issue varie selon les auteurs.

Katon et Kleinman (1981) qui insistent sur la distance entre la culture savante et la culture profane, considèrent que les tensions qui caractérisent la relation médecin-patient peuvent être résolues à travers la négociation qui permet d'atteindre un consensus mutuel. La principale distorsion réside dans le fait que la maladie est pour le médecin d'ordre anatomo-physiologique alors que pour le patient elle est avant tout « un événement psychologique et social » (Laplantine, 1986 ; Good, 1998). Ce modèle repose sur plusieurs assumptions : la possibilité pour chacune des parties de présenter sa vision de la maladie et l'engagement d'une véritable négociation pendant la consultation qui déboucherait sur l'atteinte d'un consensus mutuel. Ces conditions ne semblent pas toujours réalisées, notamment lors des consultations de ménopause (Massé *et al.* 2001). Le transfert d'informations aux patients pose aussi certaines difficultés parce qu'il semble que les médecins accentuent la présentation des bénéfices liés aux traitements (Moumjid-Ferdjaoui et Carrère, 2000).

Cette vision a toutefois reçu un large écho, tant auprès des acteurs de santé publique que de la profession médicale, favorisant l'émergence de modèles qui prennent en compte l'expérience du patient, encouragent sa participation à la décision médicale et lui reconnaissent un droit à l'information (« modèle de décision partagée », « modèle centré sur le patient ») (Massé *et al.*, 2001). Selon ces modèles, le médecin n'est plus seulement expert, il est aussi un éducateur qui contribue à la construction de la compétence profane. Il a aussi pour mission de responsabiliser le patient. Cette nouvelle relation thérapeutique semble particulièrement adaptée aux situations où plusieurs options de prise en charge sont possibles et où s'impose un arbitrage basé sur une évaluation en termes de risques et bénéfices. Il n'est toutefois pas

certain qu'elle réponde aux aspirations de tous les malades. Si le désir d'être informé semble généralisé, tous les patients n'aspirent pas à participer à la décision médicale et préfèrent parfois laisser le médecin décider à leur place. C'est notamment le cas concernant certaines pathologies graves (Moumjid-Ferdjaoui et Carrère, 2000).

Le modèle que proposent Katon et Kleinman (1981) a de plus le mérite de remettre en cause la thèse de l'acculturation du patient au savoir médical, celle-ci étant, comme l'explique Laplantine (1986), « presque toujours sélective ». Laplantine (1986) insiste sur le fait que les échanges entre la pensée scientifique et la pensée profane s'effectuent dans les deux sens. Il explique aussi que la rencontre médecin-patient est la rencontre de deux expériences subjectives, celle du malade et celle du médecin qui n'appréhende pas la maladie qu'à partir de ses connaissances médicales (celles-ci n'étant d'ailleurs pas « indemnes de représentations ») mais aussi sur la base de son expérience de soignant et parfois de patient. Le médecin « peut [donc] être tout autant influencé par le malade que le malade par le médecin ». D'ailleurs, « lorsque le médecin est lui-même malade, il n'est plus médecin mais seulement malade » (Laplantine, 1986, p. 263).

Il considère de plus (se basant sur son analyse des discours de patients et de médecins, mais aussi de textes littéraires sur la maladie), qu'en dépit de distorsions réelles, patients et médecins recourent « aux mêmes principes classificatoires ». Il met en ainsi en évidence l'existence d'un « modèle de référence commun », qui ne cesse d'évoluer mais reste fondé sur « la représentation dualiste de la maladie et du remède ».

Au sein de la relation médecin-patient, le médicament joue un rôle particulièrement important que nous allons essayer de mieux cerner dans la section suivante.

#### 2.3.4 Le rapport au médicament

L'intérêt que nous accordons au rapport qu'entretiennent les individus avec le médicament est double. Le sens que revêt le médicament pour les individus est tout d'abord un moyen d'accéder à leur système de représentations de la maladie. Faizang (2001) montre ainsi qu'à

travers l'usage de la prescription et des médicaments s'exprime le rapport à l'autorité médicale mais aussi au corps, à la santé, à la maladie, et à la « collectivité familiale ». Par ailleurs, l'usage du médicament participe de la construction de la maladie, notamment parce qu'il en transforme l'expérience (Collin, 2002).

#### 2.3.4.1 Le médicament dans la relation médecin-patient

Face à la maladie, médecins et patients s'accordent sur la nécessité d'une réparation (Laplantine, 1986). Parmi les moyens techniques dont dispose le praticien, le médicament, objet doté d'une valeur symbolique, occupe une place essentielle. Il a tout d'abord pour fonction de souligner l'intérêt et l'empathie du médecin pour son patient, matérialisant au travers de l'ordonnance, la prise en charge professionnelle (van der Geest et Reynolds Whyte, 1996). Il joue à ce titre un rôle important dans la relation de confiance qui s'établit avec le praticien (Dupuy, 1982).

Le médicament constitue aussi un indicateur des compétences du médecin, de sa capacité d'intervention, le choix d'une thérapeutique venant confirmer qu'un diagnostic a bien été posé: « le bon médecin » n'est-il pas « celui qui prescrit bien » (Dupuy, 1982, p.381) ? Pour le médecin, la prescription, outre son aspect pratique et rituel dans la clôture de la consultation, le rassure sur sa capacité d'action : « En donnant au clinicien le sentiment d'agir sur la situation, la prescription est également susceptible d'atténuer le sentiment d'incertitude ou d'impuissance qu'il éprouve face à la manifestation de problèmes complexes et mal codifiés. » (Collin, 2003, p.126). La prescription atteste aussi du renouvellement des connaissances du médecin qui signale, en prescrivant des nouveautés, qu'il se tient informé des progrès scientifiques. Prescrire des produits récemment mis sur le marché permet ainsi de lutter contre « l'obsolescence psychologique des médicaments », c'est à dire la perte avec le temps, de leur « pouvoir signifiant » (Dupuy, 1982).

Le médicament constitue enfin un objet de communication entre le patient et son médecin. Il permet aussi de restaurer la dimension symbolique nécessaire à l'efficacité du soin, prenant

« la place d'une écoute ou d'un contact qui ne se donne pas le temps de satisfaire le malade, de le reconnaître dans sa souffrance » (Le Breton, 2003a, p.197).

#### 2.3.4.2 Les fonctions symboliques du médicament pour les patients

Van der Geest et Whyte (1989) ont montré que les substances médicinales remplissent pour les profanes des fonctions « métaphoriques » et « métonymiques ». Selon ces auteurs, la « popularité » des médicaments se base tout d'abord sur l'expérience de leur efficacité et renvoie aux « qualités curatives intrinsèques » que leur attribuent les individus, le médicament incarnant « un objet de soulagement » (Collin, 2003). La disparition de la souffrance est d'ailleurs généralement interprétée comme le signe de la guérison (Collin, 2002). D'autres paramètres jouent en faveur de cette expérience d'efficacité, comme le prix, le caractère innovant des produits ou encore, leurs effets secondaires qui constituent pour les malades, mais aussi les médecins, la preuve de leur puissance et de leur action (Dupuy, 1982 ; Laplantine, 1986). Collin (2002) souligne que l'efficacité, lorsqu'elle est constatée, amène souvent les individus à minimiser les effets secondaires ou à ne pas les attribuer à la prise médicamenteuse. Elle met ainsi en évidence le rôle que joue l'expérience de l'efficacité dans l'élaboration des représentations du médicament.

Les médicaments permettent aussi, du fait de leur « tangibilité », d'objectiver l'expérience subjective de la maladie ; ils « transforment les sensations insaisissables de douleur et de malaise en phénomène réel et facilitent l'expression, la communication et l'action thérapeutique » (van der Geest et Whyte, 2003, p.101). La prescription, notamment lorsqu'elle est longue (Faizang, 2001)<sup>42</sup>, vient ainsi confirmer l'existence de la pathologie qui se trouve formellement étiquetée. Ce faisant, elle légitime le comportement de malade et le recours au médecin (van der Geest et Reynolds Whyte, 2003). L'existence même du médicament est d'ailleurs souvent à l'origine de la consultation : « La technologie médicinale représente ainsi le cœur du traitement » (van der Geest et Reynolds Whyte, 2003, p.101). Les médicaments agissent ainsi comme « métaphores », témoignant de l'existence de symptômes qu'ils soulagent et dont ils facilitent l'interprétation.

<sup>42</sup> L'auteur montre toutefois que ce sont surtout les catholiques qui valorisent la longueur de la prescription. Celle-ci indique « qu'on ne s'est pas déplacé pour rien » (Faizang, 2001).

La confiance à l'égard du médicament est aussi avant tout une confiance à l'égard du médecin. En effet, la prescription est un peu la représentation « métonymique » du médecin : « Il y a, pourrait-on dire, une dose du médecin dans le médicament, car la main curative du médecin atteint le patient à travers la prescription et le médicament » (van der Geest et Reynolds Whyte, 2003, p.103). Ainsi, en repartant avec sa prescription, le patient emporte tout à la fois, les conseils du médecin, le témoignage de son intérêt, et le droit d'accès aux thérapeutiques (van der Geest et Reynolds Whyte, 1996).

Le médicament constitue également « un facteur d'individuation » parce qu'il permet d'échapper au contrôle social. Il offre tout d'abord une alternative individuelle à la maladie, permettant d'échapper à ses conséquences sociales. De plus, sa disponibilité, qui facilite sa consommation dans la sphère privée, diminue la dépendance à l'égard des praticiens, le patient prenant à travers le médicament sa maladie en main (Van der Geest et Reynolds Whyte, 2003). L'automédication constitue ainsi un moyen pour les individus de s'approprier le savoir médical. Enfin, la prise médicamenteuse constitue un rituel rassurant qui participe de la construction identitaire : si le médicament étiquette il dit aussi qui je suis. Il peut également être appréhendé comme un moyen d'entrer en relation avec les autres, de susciter leur attention (Dupré-Lévesque, 2002).

#### 2.3.4.3 Une relation au médicament marquée par l'ambivalence

Van der Geest et Reynolds Whyte (2003) soulignent que le rapport des individus au médicament est marqué par le « scepticisme ». Cette ambivalence est inhérente au produit qui est depuis toujours appréhendé alternativement comme « un instrument qui sauve et un poison » (Laplantine, 1986, p. 50), le terme grec « *pharmakon* » référant d'ailleurs à la fois aux notions de remède et de poison (Montagne, 1988).

Cette méfiance à l'égard du médicament trouve souvent son origine dans la relation médecin-patient, qui lorsqu'elle laisse à désirer peut amener le patient à rejeter ou à mettre en doute la prescription (van der Geest et Reynolds Whyte, 2003). C'est notamment le cas lorsqu'il

remplace l'écoute et que les patients le perçoivent comme un moyen pour le médecin d'écourter la consultation (van der Geest et Reynolds Whyte, 2003). Si le médicament renforce la confiance à l'égard du médecin, l'acceptation du « don » de l'ordonnance exige aussi une certaine dose de confiance préalable.

Ce « scepticisme » se développe dans les pays industriels à partir des années 1970, avec la montée en puissance de nouveaux acteurs (associations de patients, mouvement des femmes, développement des médecines alternatives), qui critiquent le modèle biomédical de prise en charge de la maladie. Substances « étrangères au corps », les médicaments sont jugés « artificiels, chimiques et non naturels » (Van der Geest et Reynolds Whyte, 2003, p.109), entre autres, à cause de leurs effets secondaires et toxiques et des limites à leur efficacité. Ce scepticisme est aussi alimenté par les interrogations que soulève la « médicalisation » du bien-être (Desclaux et Levy, 2003) qui passe par le développement de thérapeutiques visant à atténuer des souffrances sociales. Le médicament est alors perçu comme étant l'expression d'un contrôle social (Van der Geest et Reynolds Whyte, 2003, Conrad, et Schneider, 1980) qui s'exerce à l'égard du malade ou de certains groupes de la société jugés « hors normes » (enfants hyper-actifs, alcooliques, patients des unités psychiatriques). Les logiques économiques qui sous-tendent le développement et la mise sur le marché des médicaments sont aussi pointées du doigt car jugées difficilement conciliables avec l'intérêt général, et ce d'autant plus que la « valeur thérapeutique ajoutée » de nombreux nouveaux médicaments semble discutable (Dupuy, 1982).

Le recours aux remèdes alternatifs s'inscrit dans cette remise en cause de la médicalisation et trouve sa justification dans la dénonciation de la toxicité des médicaments (Van der Geest et Reynolds Whyte, 2003). Il témoigne aussi d'une nouvelle sensibilité aux risques et aux effets secondaires que comporte la prise médicamenteuse, qui peut amener les patients à réviser leur engagement dans une thérapeutique. Plusieurs travaux ont ainsi montré que l'inobservance de la prescription ne constituait pas un comportement irrationnel mais « une forme de régulation exercée par le patient sur sa consommation » (Collin, 1999 ; Conrad, 1985 ; Donovan et Blake, 1992). Conrad (1985), qui analyse les comportements des patients épileptiques à l'égard de leurs traitements aux nombreux effets secondaires, montre que ceux-ci déploient

des stratégies « d'autorégulation » en réduisant ou en augmentant le dosage prescrit, en s'abstenant de prendre leurs médicaments dans certaines circonstances et en observant des fenêtres thérapeutiques. La demande profane semble également exercer des pressions sur l'activité de prescription (Garnier *et al.*, 2000). La capacité de négociation du patient semble toutefois se manifester différemment selon le contexte de pratique (cabinet privé versus pratique hospitalière), la distance (sociale et affective) entre le médecin et son patient et le tableau clinique de la maladie (Collin, 1999).

La recherche du sens que revêt le médicament pour les individus et les prescripteurs s'est enrichi depuis une dizaine d'années d'une perspective abordant le « phénomène » à un niveau macro sociologique, c'est-à-dire en tenant compte du « parcours biographique » du médicament, depuis sa production jusqu'à l'évaluation de son efficacité (Cohen *et al.*, 2001 ; Garnier, 2003 ; van der Geest et Reynolds Whyte, 1996). Cette approche, qui adopte une vision interactionniste et systémique, permet de saisir les enjeux que représentent les médicaments pour les acteurs impliqués aux différentes étapes de la « chaîne du médicament » (Garnier, 2003). Elle insiste sur la nécessité de contextualiser les phénomènes d'utilisation et de prescription, comme l'explique Garnier (2003) à propos des médecins prescripteurs :

Les représentations sociales des médecins ne se forment pas dans un vacuum social, mais dans des réseaux complexes. La question du médicament les concernant au premier chef se situe dans les entrelacs des interrelations multiples qui structurent la profession dans le champ social complet. (Garnier, 2003, p. 225)

#### 2.3.4.4 L'expérience du médicament : la construction des effets

Le caractère culturel de l'expérience médicamenteuse fait largement consensus. Selon Faizang (2001), l'expérience des médicaments n'est pas déterminée par leur efficacité pharmacologique (voire en est souvent totalement déconnectée) mais plutôt par les représentations des individus à l'égard de ces objets. Elle montre ainsi que le rapport qu'entretiennent les individus varie en fonction de leurs insertions culturelles et notamment de leur « empreinte » religieuse (Faizang, 2001).

Certains auteurs se sont intéressés à la construction individuelle des effets (van der Geest et Reynolds Whyte, 1996 ; Montagne, 1996). Montagne (1996) propose un modèle de l'expérience de la prise médicamenteuse en trois étapes. La construction de l'efficacité du médicament suppose tout d'abord que 1) l'individu repère des transformations somatiques quand il prend un médicament 2) qu'il soit en mesure de les interpréter à partir de ses connaissances et de ses croyances (les attentes sociales à l'égard du médicament jouent donc là encore un rôle important), et 3) qu'il les rattache à la prise médicamenteuse. Ces auteurs insistent également sur le contexte de la prise médicamenteuse et les interactions qui l'entourent (notamment le rapport au médecin), qui influent sur la construction des effets. Saisir les effets d'une substance exige aussi un apprentissage comme l'a souligné Becker (1985) qui montre qu'éprouver du plaisir à fumer de la marijuana s'apprend petit à petit et au contact des autres qui aident à décoder les sensations. Van der Geest et Reynolds Whyte (1996) considèrent ainsi que l'effet que produit le médicament sur le bien-être, qui ne semble pas totalement déconnecté de sa composante pharmacologique, constitue un moment décisif dans la vie du médicament :

The way in which a medicine is taken constitutes a crucial moment in its life. "Wrong use" may render its entire life meaningless. [...] The fulfilment of their life purpose lies in their effect on the well-being of the person who took them. The pharmaceutical's efficacy is its ultimate and decisive life stage<sup>43</sup>. (van der Geest et Reynolds Whyte, 1996, p. 156)

## 2.4 CONCLUSION ET PRÉSENTATION DES OBJECTIFS DE RECHERCHE

La théorie des représentations sociales constitue un cadre d'analyse qui nous semble particulièrement intéressant pour saisir la façon dont des femmes de la génération du baby-boom se représentent la ménopause et le recours à l'hormonothérapie substitutive. Ces deux objets possèdent en effet un caractère éminemment social. La littérature montre qu'ils sont au centre de multiples interactions, impliquant notamment les femmes et les médecins, et plus particulièrement les gynécologues. Le débat que suscite actuellement l'hormonothérapie témoigne d'ailleurs des enjeux associés à la définition de ces objets.

---

<sup>43</sup> Guillemets dans le texte.

On peut supposer, et la littérature sur l'expérience de la ménopause nous amène à privilégier cette voie, que les objets de ménopause et d'hormonothérapie sont intégrés au sein d'un « système représentationnel » (Garnier, 1999) et reliés à d'autres objets. Si nous nous sommes attardée sur les travaux portant sur les représentations et l'expérience du corps, du vieillissement, de la maladie et du médicament, c'est qu'il nous semble difficile de comprendre le rapport qu'entretiennent les femmes à l'égard de la ménopause et de l'hormonothérapie substitutive sans le resituer dans cet univers de significations.

Pour la théorie des représentations sociales, l'objet n'existe pas en lui-même. Toute réalité est représentée, appréhendée par l'individu. Elle est reconstruite dans son système cognitif et intégrée dans son système de valeurs qui dépend du contexte socioculturel dans lequel s'inscrit le sujet. Le processus représentationnel est également modelé par l'histoire personnelle du sujet et son expérience de l'objet. Toutefois, la théorie des représentations, qui s'intéresse plus particulièrement à la dynamique sociale entourant le processus représentationnel (mettant notamment l'accent sur les groupes sociaux qui interagissent à cause ou autour d'un objet), détaille assez peu la façon dont cette expérience individuelle participe de la construction représentationnelle. Cette question nous semble pourtant très importante lorsque l'on étudie des objets vis-à-vis desquels les individus sont particulièrement proches (c'est le cas de la ménopause et de l'hormonothérapie pour les femmes ménopausées ou en cours de processus de ménopause). Plusieurs travaux menés par des anthropologues, ont souligné que l'expérience, qui n'existe concrètement que par sa mise en discours, est au fondement même du processus représentationnel. Ils insistent sur le caractère volatile de la représentation de l'expérience, qui reste une construction toujours inachevée. On peut donc supposer que la représentation de l'objet l'est aussi, du moins en partie, ce qu'ont d'ailleurs souligné certains auteurs qui s'intéressent aux relations existant entre les représentations sociales et les pratiques. Aujourd'hui, le consensus qui se dégage est que cette relation est bidirectionnelle. Si la théorie des représentations privilégie globalement un modèle où les représentations orientent les pratiques, plusieurs chercheurs ont montré que l'évolution du contexte pouvait amener une évolution des pratiques entraînant, dans certaines situations, une transformation de la représentation. Il serait intéressant de voir si des

transformations des représentations à l'égard de l'hormonothérapie sont repérables, depuis que cette pratique est remise en cause par les études scientifiques (Abric, 1994). A ce titre, les réflexions de Beck (2001) et de Giddens (1991) sur la société du risque nous semblent offrir des pistes intéressantes pour cerner la façon dont les individus perçoivent les risques associés au traitement hormonal depuis la publication de l'étude WHI.

#### 2.4.1 OBJECTIF GÉNÉRAL

L'objectif de cette recherche est **d'analyser les représentations de femmes ménopausées ou en voie de l'être à l'égard de la ménopause et de l'hormonothérapie, dans un contexte où l'innocuité de ce traitement est questionnée.** Nous aborderons ces représentations au travers de l'expérience des femmes à l'égard de ces objets. L'accent sera également mis sur le contexte sociobiographique dans lequel s'inscrit l'expérience de la ménopause qui renvoie sans doute à d'autres événements de la vie. Nous nous attarderons également sur les interrelations qui s'établissent au moment de la ménopause avec le corps médical et plus spécifiquement le gynécologue. Nous tenterons notamment de voir dans quelle mesure les représentations des femmes à l'égard de la ménopause et du traitement hormonal mais aussi leurs perceptions à l'égard des risques associés au traitement hormonal de substitution depuis la publication de l'étude WHI concordent avec celles des gynécologues. Cette recherche visera enfin à mieux comprendre la façon dont s'articulent expériences, pratiques et processus représentationnels.

#### 2.4.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

*Pour les femmes :*

- Quels sont les événements biographiques qui marquent la période de la ménopause ? Comment influent-ils sur l'expérience et la signification de cet événement ?
- Comment les femmes perçoivent-elles les transformations du corps au moment de la ménopause ? Quelles sont celles qu'elles attribuent à la ménopause et quelles sont

leurs répercussions sur leur identité, leur bien-être, leurs relations sociales, professionnelles et de couple ?

- Comment se représentent-elles la ménopause ? Quels sont les savoirs qu'elles mobilisent pour interpréter et gérer les transformations corporelles qu'elles constatent ?
- Quelles sont les représentations des femmes à l'égard de l'hormonothérapie ? Quels sont leurs usages du traitement hormonal ? Comment cette thérapeutique s'articule-t-elle avec les autres pratiques de gestion du corps ?
- Dans quelle mesure la publication en rafales des deux études - américaine et britannique- réévaluant les risques et bénéfices de l'hormonothérapie, a-t-elle amené les femmes à réévaluer leur engagement dans cette pratique ?
- Qui sont les acteurs impliqués dans la décision d'initier, d'arrêter ou de poursuivre un traitement hormonal ? Quelle est la nature de ces interactions ?
- Peut-on dégager des profils types en fonction de l'appartenance socioprofessionnelle des individus ou de leur situation personnelle (statut conjugal, insertion dans des réseaux sociaux), ou d'autres paramètres ?

*Pour les gynécologues :*

- Comment expliquent-ils le processus de ménopause? Quelles sont selon eux les répercussions de cet événement sur la santé physiologique, psychique et la vie sociale des femmes ?
- Comment envisagent-ils leur rôle dans la prise en charge de la ménopause ?
- Comment se représentent-ils les avantages et les inconvénients du traitement hormonal de substitution et des thérapies alternatives depuis la publication de l'étude WHI ?

- Quel est le rôle du traitement hormonal de substitution au sein de la relation médecin-patient ?
  
- Comment ont-ils vécu l'événement médiatique autour de la publication des études WHI et MWS ? Quel a été son impact sur leur pratique et sur la relation médecin-patient ?

## CHAPITRE III

### MÉTHODOLOGIE

Nous avons adopté une méthode d'analyse qualitative dont l'objectif est de participer à la découverte du sens que construisent les acteurs autour de la ménopause et des traitements hormonaux. L'approche que nous avons privilégiée s'inspire de la théorisation ancrée dont les procédures, que nous rappellerons dans un premier point, semblent d'une grande utilité pour les recherches qualitatives. La seconde section décrit les principales étapes de la recherche, les caractéristiques de l'échantillon et les modalités de recrutement des participantes. Notre procédure d'analyse et nos grilles d'analyse sont présentées dans une troisième section. Nous terminerons en précisant les considérations déontologiques qui ont encadré cette recherche.

#### 3.1 UNE MÉTHODOLOGIE INSPIRÉE DE LA « THÉORISATION ANCRÉE »

Notre méthodologie de recherche s'inspire de la « théorisation ancrée » (« *Grounded theory* ») élaborée à l'origine par Glaser et Strauss en 1967, puis explicitée et affinée ensuite par différents auteurs (voir entre autres, Laperrière 1982, 1997 ; Paillé, 1994 ; Strauss et Corbin, 2003 ). Cette approche, qui s'inscrit dans la continuité des méthodologies sociologiques de l'École de Chicago,<sup>44</sup> marque une rupture avec la sociologie quantitative des années 1950. Cette école reprochait à la sociologie américaine de l'époque d'avoir réduit la recherche empirique à l'analyse descriptive de variables sociales, à partir d'indicateurs dont la définition et les limites n'étaient jamais questionnées. Elle critiquait également la

---

<sup>44</sup> L'expression « Ecole de Chicago » fait référence à un ensemble de travaux réalisés entre 1915 et 1940 par des étudiants et des enseignants de l'Université de Chicago. La sociologie de l'Ecole de Chicago met l'accent sur la recherche empirique et insiste sur la nécessité de produire des connaissances utiles au règlement des problèmes sociaux de l'époque. Elle produit de nombreux travaux sur les problèmes de la ville de Chicago et notamment celui de l'immigration. Ces chercheurs ont développé des méthodes de recherche originales centrées sur le travail sur le terrain et l'exploitation de sources documentaires diverses (Coulon, 1992).

« faiblesse théorique » des travaux, souvent empreints de moralisme et leur incapacité à « alimenter la réflexion sur la société contemporaine » (Laperrière, 1982, p. 33).

L'approche méthodologique que développent plusieurs auteurs de la seconde École de Chicago, pendant les années 1960, s'inspire de l'interactionnisme symbolique. Son objectif n'est pas de vérifier des théories pré-établies mais de « produire un ensemble bien intégré de concepts qui émergent depuis les données recueillies sur des phénomènes sociaux » (Strauss et Corbin, 2003, p. 364). Elle vise ainsi à « *construire* des théories valides et *empiriquement fondées*<sup>45</sup> » (Laperrière, 1982, p. 35). Ces données proviennent la plupart du temps d'observations ou d'entretiens mais peuvent également être issues d'autres sources, comme les archives officielles, les documents gouvernementaux, les lettres, etc. (Strauss et Corbin, 2003).

De la théorisation ancrée, nous avons essentiellement retenu les procédures, et plus particulièrement, la comparaison constante des données, la méthode de codage et la détermination de catégories, l'échantillonnage théorique et la diversification des situations d'enquête.

Glaser et Strauss (1967) conçoivent la recherche comme « un processus où travail empirique et travail théorique sont liés dans un va-et-vient constant » (Baszanger, 1992, p. 12). L'ordre des étapes du travail de recherche est ainsi largement redéfini par rapport aux méthodologies classiques, puisque l'analyse et la collecte des données sont réalisées de manière simultanée. L'analyse oriente tout au long de la recherche, la collecte des données à venir : c'est « le *processus* de recherche lui-même qui guide le chercheur dans l'examen de toutes les pistes prometteuses de compréhension<sup>46</sup> » (Strauss et Corbin, 2003 p366). L'interprétation des données doit aussi s'appuyer sur une bonne compréhension du contexte économique, politique, culturel ou organisationnel dans lequel s'inscrit le phénomène à l'étude. Il est donc nécessaire, dans les débuts de la recherche, de bien identifier les différents acteurs impliqués

---

<sup>45</sup> Italiques dans le texte.

<sup>46</sup> Italiques dans le texte.

et les « conditions structurales qui contraignent la définition d'une situation pour les acteurs et le type d'action qu'ils mettent en œuvre pour y répondre » (Strauss et Corbin, 2003, 372).

L'une des étapes de l'analyse est le codage qui vise, grâce à un travail systématique de lecture, à découper le corpus, en unités de sens auxquelles on appose une étiquette conceptuelle. Ces concepts sont alors regroupés en familles de catégories et de sous-catégories, d'un niveau d'abstraction plus élevé que le concept (Strauss et Corbin, 2003). Les catégories vont en effet « au-delà de la seule condensation textuelle [donnant] à voir la forme d'une expérience, le motif d'une interaction, l'économie d'une dynamique sociale [...] Ce n'est pas tant la parole de l'acteur qui est consignée par la catégorie que son sens dans un ensemble en voie de compréhension globale » (Paillé, 2003, p. 150).

L'analyse comparative constante des données, basée sur la mise en évidence des similitudes et des différences dans les discours, est à la base de la production de ces catégories conceptuelles. Ainsi, dès qu'une nouvelle information est intégrée dans une catégorie, elle doit être comparée aux éléments déjà indexés, amenant souvent à affiner ou reformuler celle-ci. Chacune des catégories est définie par un ensemble de propriétés qui caractérisent le phénomène identifié, c'est-à-dire ses différentes modalités, les contextes dans lesquels il est observable, les acteurs impliqués, les types d'interactions, les conséquences qu'il engendre (Strauss et Corbin, 2003). Cette étape est aussi l'occasion de produire des hypothèses concernant les connexions existant entre différentes catégories, relations qui sont alors vérifiées sur le terrain par la collecte de nouvelles données. Cette reformulation et cette mise en relation des catégories est travaillée jusqu'à ce qu'une forme de « saturation théorique » soit atteinte, c'est-à-dire jusqu'à ce que « le chercheur éprouve le sentiment que la poursuite du recueil, du codage et de l'analyse des données ne lui apportera pas d'avantage » (Strauss et Corbin, 2003, p.375). L'échantillonnage répond ainsi à des objectifs théoriques. C'est en effet le processus de construction des catégories conceptuelles qui détermine les situations d'entretiens, les groupes ou les individus à considérer : « Au lieu d'échantillonner des individus différents [...] il s'agit d'échantillonner les diverses manifestations d'un phénomène » (Paillé, 1994, p. 178). L'échantillon est donc flexible, il se construit tout au long de la recherche. L'enquêteur peut ainsi viser au départ, à minimiser les différences entre

les situations étudiées, de manière à assurer précision et densité aux catégories émergentes, puis dans un deuxième temps, maximiser les différences pour explorer les différentes facettes du phénomène étudié, par exemple en rencontrant différents groupes sociaux contrastés (Laperrière, 1997).

Le travail de définition des catégories et de mise en relation des entités conceptuelles, bien qu'essentiellement fondé sur l'interprétation des données, peut aussi faire appel à des notions théoriques issues de la littérature (Strauss et Corbin, 2003). Selon Paillé et Mucchielli (2003), l'analyse serait ainsi à la fois un travail de déduction et d'induction et ce, notamment, lorsqu'il vise à l'enrichissement de théories existantes :

La déduction interprétative est un essai de sens du matériau à l'étude faisant appel, sur le plan de la catégorie d'analyse proposée, à des éléments référentiels déjà constitués. Ces éléments sont souvent tirés de leviers théoriques bien articulés et relativement englobants qui, en vertu de ces qualités, permettent de replacer le témoignage ou l'observation à l'intérieur d'un contexte interprétatif, explicatif, théorisant. [...] Il arrive également que les catégories d'analyse, sans être issues de référents théoriques formels, proviennent de recherches antérieures ou même de l'expérience professionnelle ou personnelle du chercheur. (Paillé et Mucchielli, 2003, p. 159)

Enfin, la rédaction de « mémentos » dans lesquels sont notés les différentes étapes de construction et de mise en relation des catégories aide tout au long du processus d'analyse, à ce processus d'« intégration théorique ».

La théorisation ancrée a surtout été utilisée pour expliquer des processus sociaux, comme la carrière du fumeur de marijuana (Becker, 1985), les trajectoires de maladies chroniques (Strauss et Glaser, 1975), les changements de statuts (Glaser et Strauss, 1971), aboutissant notamment à la production de diagrammes retraçant les différentes étapes de ces processus. Dans notre cas, l'objectif est un peu différent, il n'est pas tant de produire un modèle expliquant le processus représentationnel à l'œuvre que de cerner les éléments constituant la représentation et de comprendre comment s'articulent savoir de sens commun et savoir expert.

### 3.2 HISTOIRE D'UNE RECHERCHE

L'objectif de la recherche que nous présentons ici, est comme nous l'avons déjà souligné, de mieux cerner les expériences et les représentations des femmes à l'égard de la ménopause et des traitements hormonaux. Cette recherche ne s'inscrit pas dans un vacuum. Elle fait suite à de nombreuses recherches que nous avons passées en revue dans le chapitre I. Elle s'inscrit notamment dans le prolongement de l'important travail de Delanoë (2001a) sur les représentations de la ménopause et les usages du THS, qui a été réalisé en France avant la publication de l'étude WHI. Aussi, notre démarche vise-t-elle l'enrichissement plutôt que la construction d'un nouveau modèle des représentations de la ménopause et de l'hormonothérapie substitutive.

Souhaitant faire émerger le sens donné par les femmes à la ménopause et au traitement hormonal, nous avons décidé de procéder par entretiens individuels. Cette approche semblait par ailleurs s'imposer compte tenu de l'accent que nous voulions mettre sur le parcours biographique des femmes et sur les interrelations qui se jouent au moment de la ménopause.

Après avoir réalisé 18 entretiens, il nous est apparu très clairement que le processus d'élaboration des représentations de la ménopause et du traitement hormonal renvoyait à différents acteurs et notamment au médecin gynécologue. Celui-ci était très souvent mentionné par les femmes et semblait constituer plus qu'un informateur privilégié sur la ménopause et l'hormonothérapie.

Presque toutes les femmes rencontrées (24/26) étaient suivies par un gynécologue (au moins une visite par an) et consultaient pour la plupart un gynécologue médical. La littérature souligne que cette profession, qui constitue une spécificité française et qui est largement féminisée, joue un rôle important dans le suivi de la ménopause (Ringa *et al.*, 2004 ; Löwy et Weisz, 2005). Toutefois, les représentations de ces praticiens à l'égard de la ménopause et des traitements hormonaux ne sont pas documentées. Nous avons donc décidé, dans une perspective exploratoire, de mener quelques entretiens auprès de femmes gynécologues pour mieux cerner ces représentations et avons également contacté un gynécologue obstétricien. De plus, nous étions curieuse de savoir comment ces praticiens avaient réagi à la publication

des études WHI et MWS et souhaitons évaluer l'impact de la médiatisation de ces résultats sur leurs interactions avec les patientes. L'une des gynécologues rencontrées nous a conviée à une session de formation continue qu'elle organisait sur l'ostéoporose, pendant laquelle nous avons présenté nos objectifs de recherche. Cette présentation a fait l'objet d'une discussion collective avec les 12 gynécologues présentes puis de discussions individuelles avec certaines d'entre elles. Le discours des femmes gynécologues nous a également permis d'accéder à un éventail plus large d'expériences (rapportées) de femmes ménopausées ou en voie de l'être.

Nous avons également rencontré, mais cette fois de manière circonstancielle, d'autres professionnels avec lesquels les femmes sont en contact au moment de la ménopause, soit trois généralistes (2 hommes et une femme), deux dermatologues (1 homme et une femme), un rhumatologue, une thérapeute sexologue, et deux pharmaciennes qui participaient à une session de formation continue à laquelle nous assistions.<sup>47</sup> Nous avons questionné ces différents praticiens sur leurs contacts avec les femmes ménopausées, sur les problématiques que celles-ci rapportent et sur l'impact qu'avait eu la controverse entourant les traitements hormonaux sur leur pratique.

Nous avons poursuivi les entretiens avec les femmes ménopausées en parallèle des rencontres menées avec les gynécologues, en mettant plus largement l'accent sur les interactions qui se jouent avec ces praticiens. Nous avons également consulté plusieurs forums français portant sur la ménopause et la santé des femmes<sup>48</sup> au sein desquels nous avons recueilli tous les messages qui traitaient des résultats de l'étude WHI.

La remise en question des traitements hormonaux de substitution a fait l'objet d'une couverture médiatique importante pendant toute la durée de notre recherche qui s'est déroulée de septembre 2003 à février 2005. Nous avons systématiquement consulté les informations diffusées dans la presse quotidienne française (Le Monde, Libération, Le Figaro) et dans la presse professionnelle (Le Généraliste, Abstract Gynécologie), concernant les traitements

---

<sup>47</sup> Cette session de formation continue, qui s'est déroulée en février 2005, était organisée par l'Union technique interpharmaceutique de formation continue (UTIP). Elle portait sur le traitement du cholestérol.

<sup>48</sup> [www.afem.fr](http://www.afem.fr), [www.seniorplanet.fr](http://www.seniorplanet.fr), [www.e-sante.fr](http://www.e-sante.fr), [www.doctissimo.fr](http://www.doctissimo.fr)

hormonaux de substitution. Il nous semblait en effet indispensable d'avoir connaissance de ces articles qui étaient mentionnés, tant par les femmes que les gynécologues que nous rencontrions.

Nous n'analyserons ici que les entretiens réalisés auprès des femmes ménopausées et des femmes gynécologues. Nous ferons également référence aux témoignages récoltés sur les forums, notamment dans le chapitre VI qui porte sur l'influence des autres acteurs dans la construction représentationnelle de la ménopause et de l'hormonothérapie.

### 3.3 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

#### 3.3.1 Caractéristiques des femmes rencontrées

Nous avons eu recours à un échantillon construit qui ne prétend à aucune représentativité statistique. La méthode d'échantillonnage que nous avons retenue visait à inclure des femmes correspondant à certaines variables jugées importantes sur la base de notre revue de la littérature. Nous avons ainsi veillé à assurer une certaine homogénéité en termes d'âge, et d'origine culturelle et avons décidé de ne recruter que des participantes ayant été présentes sur le marché du travail, ce qui est une des caractéristiques des femmes de la génération du baby-boom.<sup>49</sup> Nous nous sommes au contraire efforcée de diversifier les situations au niveau de la scolarité, de l'appartenance professionnelle et du statut conjugal.

Les entretiens semi-directifs, ont été réalisés de septembre 2003 à février 2005, soit bien après la publication des études WHI et MWS. Ils ont été menés auprès de 26 femmes françaises, nées entre 1944 et 1950, en France ou de parents français, et vivant dans différents quartiers du grand Toulouse (c'est à dire dans une grande agglomération).

---

<sup>49</sup> En 1999, les taux d'activité des femmes de 45-49 ans et de 50-54 ans s'élevaient respectivement à 80.2% et 74.6% alors qu'ils n'étaient que de 58.7 et 54.0% en 1982. INSEE, Recensement de la population 1999.

Les participantes étaient âgées de 53 à 59 ans. Le choix de ce critère d'âge répondait à notre objectif de rencontrer des femmes issues de la génération du baby-boom.<sup>50</sup> Nous visions également à recruter des femmes ménopausées ou engagées dans le processus de ménopause qui survient le plus souvent à la cinquantaine (95% des françaises arrivant à la ménopause avant 55 ans, Lopes et Ringa, 2003), et donc susceptibles d'être intéressées par la thérapie hormonale de substitution.

Parmi les vingt-six femmes que nous avons rencontrées :

- 24 femmes étaient ménopausées (4 avaient subi une hystérectomie respectivement à l'âge de 35, 44, 46 et 50 ans)
- 2 femmes étaient en péri-ménopause

En ce qui concerne les stratégies de gestion de la ménopause :

- 6 n'avaient pas suivi de traitement hormonal
- 11 étaient sous THS au moment de l'entrevue
- 9 avaient suivi un traitement qu'elles avaient interrompu pour diverses raisons détaillées dans le tableau 3.1.

---

<sup>50</sup> La plupart des démographes considèrent que le baby-boom débute après la seconde guerre mondiale et s'étend jusqu'au début des années 1960. Nous retiendrons toutefois la définition que propose Jean-françois Sirinelli (2003) qui préfère limiter le baby-boom à la période 1945-1953, soulignant que le poids relatif des cohortes nées après 1953 a été moins important et ce, bien que le nombre de naissances soit demeuré élevé. Cette définition permet de n'englober dans la génération du baby-boom que des individus qui ont été adolescents, puis jeunes adultes dans la France des « trente glorieuses » et sont donc arrivés sur le marché du travail dans un contexte de plein emploi.

**Tableau 3.1**  
**Les traitements adoptés par les femmes rencontrées**

<b>Stratégies</b>	<b>n=26</b>
<b>Recours au THS</b>	<b>20</b>
Femmes sous THS au moment de l'entretien	11
Femmes ayant interrompu leur THS, dont :	9
Contre-indication	1
Effets secondaires	3
Peur des risques de cancer (WHI)	3
Efficacité non éprouvée	1
Aspect contraignant de la prise du THS	1
<b>Non recours au THS</b> dont :	<b>6</b>
Péri-ménopause	1
Contre-indications	1
Pas de symptômes	1
Refus du THS	3
<b>Traitements alternatifs</b> dont :	<b>8</b>
Soja	5
Homéopathie	2
Traitement des bouffées de chaleur non hormonal	1
<b>Aucun traitement</b>	<b>2</b>

Nous avons par ailleurs sélectionné des femmes ayant exercé une activité professionnelle pendant au moins quinze ans. Au moment de l'entretien, seize femmes étaient en activité, cinq étaient retraitées ou en préretraite, deux avaient arrêté de travailler depuis dix ans, une femme s'était mise en disponibilité, une autre était en congé maladie, et une autre au chômage.

Afin d'étudier des situations différenciées sur le plan de la catégorie socio-économique, nous avons recruté des femmes de niveaux de scolarité variés. Au sein de notre échantillon, 50%

des femmes avaient terminé des études universitaires et 50% avaient un niveau égal ou inférieur au Baccalauréat<sup>51</sup> (voir le tableau 3.2).

Dans la nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) de l'INSEE (1982), qui classe les ménages de la société française dont l'un des membres est actif en six grandes catégories<sup>52</sup> selon des critères liés à la profession, au statut, à la formation et à la rémunération mais aussi au type d'emploi (salarié versus non salarié)<sup>53</sup>, les femmes rencontrées trouveraient leur place parmi les catégories suivantes :

- cadres et professions intellectuelles supérieures
- professions intermédiaires
- artisans-commerçants
- employés

---

<sup>51</sup> Le baccalauréat français (BAC) correspond à 12 années de scolarité.

<sup>52</sup> Ces six catégories sont les suivantes : les agriculteurs exploitants, les artisans-commerçants et chefs d'entreprise, les cadres et professions intellectuelles supérieures, les professions intermédiaires, les employés, et les ouvriers. La catégorie des inactifs comprend les retraités, les élèves et étudiants de plus de 15 ans, les militaires du contingent et les autres inactifs. Les retraités sont classés en 7 catégories qui renvoient à leur occupation antérieure (INSEE, 1982, Desrosières et Thévenot, 2002).

<sup>53</sup> Cette nomenclature socioprofessionnelle ne se réduit donc pas à une échelle unidimensionnelle basée sur le prestige ou le revenu. En effet, si une hiérarchie peut assez facilement être établie entre les 4 groupes de salariés (avec d'un côté, les « cadres et Professions Intellectuelles supérieures », suivis des « professions intermédiaires » et de l'autre, les « employés » et les « ouvriers »), les catégories de non salariés que sont les « artisans-commerçants et chefs d'entreprise » et « les agriculteurs exploitants » renvoient à des réalités très diverses selon la taille de l'entreprise, du commerce ou de l'exploitation, dont il faut évidemment tenir compte (Desrosières et Thévenot, 2002). La nomenclature des PCS de l'INSEE constitue un instrument multidimensionnel largement utilisé dans les enquêtes sociologiques en France. Elle permet un découpage de la société française dont elle produit une représentation statistique. Chaque catégorie renvoie également à une représentation politique spécifique, celle des partenaires sociaux qui agissent comme porte-parole des différents groupes professionnels qui les constituent. Enfin, une représentation cognitive est aussi en cause puisqu'à chaque catégorie sociale correspond « une image mentale qui sert aussi quotidiennement à chacun d'entre nous pour s'identifier et identifier les personnes avec lesquelles il entre en relation » (Desrosières et Thévenot, 2002, p.31).

**Tableau 3.2**  
**Description synthétisée de l'échantillon des femmes rencontrées**

Variables	n=26
<b>Niveau d'éducation</b>	
Etudes universitaires (BAC+2 à BAC+5)	13
BAC et BEP/CAP	13
<b>Occupation actuelle</b>	
En activité	16
En congé maladie	1
Arrêt de travail choisi	3
Chômage	1
Pré-retraite	2
Retraite	3
<b>Statut conjugal</b>	
Vivent en couple	15
Vivent seule	11
<b>Enfants</b>	
Pas d'enfant	3
Au moins 1 enfant	23
<b>Petits enfants</b>	
Pas de petits enfants	15
Au moins un petit-enfant	11
<b>Statut par rapport à la ménopause</b>	
Ménopause	24
(dont chirurgicale)	4
Péri-ménopause	2
<b>Age déclaré de la ménopause</b>	
< 45 ans	2
45 à 49 ans	11
50 à 54	6
> 54 ans	3
NSP	2
Péri-ménopause	2
<b>Recours au THS</b>	
Sous THS au moment de l'entretien	11
Prise de THS interrompue	9
Pas de prise de THS	6

Nous avons effectué ce classement en nous basant, pour les femmes vivant en couple, sur la profession du conjoint, et pour celles qui vivaient seules, sur leur profession, comme suggère de le faire l'INSEE.<sup>54</sup> Dans les cas où les femmes ou leur conjoint étaient à la retraite, nous avons systématiquement pris en compte la profession antérieure.

Au sein de notre échantillon, treize femmes vivent dans des ménages où le chef de ménage appartient à la catégorie des « cadres et professions intellectuelles supérieures ».<sup>55</sup> Neuf de ces femmes possèdent un niveau d'étude universitaire égal ou supérieur à deux années de formation après le Baccalauréat (BAC+2) et appartiennent elles-mêmes à la catégorie des « cadres et professions intellectuelles supérieures ». Cela n'est guère étonnant car, comme l'ont souligné Bozon et Héran (1988), les couples où le statut professionnel des conjoints est proche sont très fréquents. Les quatre autres femmes n'ont pas fait d'études universitaires (niveau d'éducation inférieur ou égal au BAC) et exercent des professions d'employés ou de commerciales. Elles témoignent d'une forte mobilité sociale ascendante acquise par la profession de leur conjoint (médecin, ingénieur, cadre supérieur dans le privé).

Notre échantillon compte également quatre femmes vivant dans des ménages où la personne de référence appartient à la catégorie des « professions intermédiaires »<sup>56</sup>. Ces professions regroupent des personnes principalement salariées, placées dans la hiérarchie sociale entre le groupe des cadres, des employés et des ouvriers. Les membres de ces professions se caractérisent par une scolarité généralement plus longue que celle des ouvriers ou des employés (égale ou supérieure au Baccalauréat). Ces positions sont aussi qualifiées « d'intermédiaires » compte tenu du rôle d'exécution des décisions prises par le groupe des

<sup>54</sup> Dans certaines enquêtes, l'unité statistique de codage est l'individu mais la plupart des recherches en démographie, sciences politiques et sociologie, qui visent à construire l'identité du « milieu social » se sont centrées sur le ménage. Le codage se base alors sur la profession du « chef de ménage » re-nommé « personne référence du ménage » dans les années 1970. Il renvoie à la profession de l'homme si celui-ci est présent : « encore aujourd'hui, l'image sociale d'un ménage est fournie surtout par la profession de l'homme ». Lorsque la femme vit seule, soit parce qu'elle est veuve, séparée ou divorcée, elle incarne alors « la personne référence du ménage » (Desrosières et Thévenot, 2002, p. 78).

<sup>55</sup> La catégorie « cadres et professions intellectuelles supérieures » regroupe les professions libérales, les cadres de la fonction publique, les professeurs et professions scientifiques, les professions de l'information, des arts et des spectacles, les cadres administratifs et commerciaux d'entreprise et les ingénieurs et cadres techniques d'entreprise.

<sup>56</sup> La catégorie des « professions intermédiaires » regroupe les instituteurs et assimilés, les professions intermédiaires de la santé et du travail social, le clergé, les professions intermédiaires de la fonction publique, les professions intermédiaires administratives de la fonction publique, les professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises, les techniciens, les contremaître et agents de maîtrise.

cadres que jouent ces professions (Desrosières et Thévenot, 2002). Deux femmes vivent dans des ménages où la personne référence appartient à la catégorie des « artisans-commerçants-chefs d'entreprise <sup>57</sup> » et plus spécifiquement au groupe des « petits commerçants », comme en témoigne le niveau de revenu peu élevé du foyer. Enfin, sept femmes vivent dans des ménages où la personne référence appartient à la catégorie des « employés ». Au sein de ces deux dernières catégories, les femmes sont généralement caractérisées par un niveau d'éducation inférieur au Baccalauréat.

Toute opération de classement reste toutefois toujours imparfaite du fait notamment des incertitudes de codage (Desrosières et Thévenot, 2002). La classification des femmes récemment divorcées reste selon nous problématique lorsque les anciens conjoints étaient membres de catégories socioprofessionnelles diversement situées dans la stratification sociale (par exemple au sein des catégories « cadres et professions intellectuelles supérieures » et « employés »). Nous avons dans ces cas de figure décidé de suivre les recommandations de l'INSEE et pris en compte la catégorie de la femme. Par ailleurs, plusieurs des femmes rencontrées, notamment dans les catégories les plus populaires, témoignent d'une trajectoire caractérisée par une évolution socioprofessionnelle descendante. Ces femmes, moins diplômées, semblent en effet plus vulnérables à certains événements comme la séparation conjugale et le licenciement. Bien que notre échantillon ne prétende pas à la représentativité, il importe de souligner l'absence de femmes vivant dans des ménages de catégorie « ouvriers », du moins au moment de la passation des entrevues (une des femmes rencontrées avait été ouvrière avant de travailler comme employée).

Enfin, notre échantillon inclut des femmes vivant en couple (15) ou au contraire sans conjoint (11). C'est au sein des ménages les plus populaires que l'on trouve le plus de femmes seules (6/9), par opposition aux femmes des catégories « cadres et professions intellectuelles supérieures » (3/13).

---

<sup>57</sup> On distingue au sein de la catégorie des « artisans-commerçants-chefs d'entreprise », les artisans et les commerçants des chefs d'entreprise de 10 salariés et plus. Les premiers sont plus souvent enfants d'ouvriers et possèdent un niveau d'éducation souvent inférieur au Baccalauréat tandis que les chefs d'entreprise de 10 salariés et plus sont plus souvent eux-mêmes fils de patrons de l'industrie et disposent d'un niveau d'éducation plus élevé (Desrosières et Thévenot, 2002).

Tableau 3.3

## Description détaillée de l'échantillon des femmes rencontrées

## Profession et catégorie sociale du ménage : Cadres et professions intellectuelles supérieures

Femmes	Age	Age mémo-pause	Profession	Scolarité	Profession du Conjoint	Statut professionnel (retraitée vs en activité, autres)	Statut conjugal	Nb enfants	Nb Petits enfants	Revenu mensuel net du foyer (euros)	Prise d'un THS actuelle et antérieure/ Durée du traitement
Agnès*	55	49	Cadre secteur public	BAC+3**	Séparée Ex-conjoint ingénieur	En activité	Seule	1	0	1800	Non prise antérieure pendant 4/5 ans
Anne	53	50	Secrétaire	CAP-BEP***	Ingénieur (retraité)	En activité	En couple	1	0	4200	Oui THS depuis 10 ans
Brigitte	59	55	Professeure d'anglais/ psychanalyste	BAC+5	Pas de conjoint	Retraitée	Seule Bi-sexuelle	1	2	2800	Non prise antérieure : pendant 8 jours
Delphine	54	46	Professeure	BAC+4	Cadre dans l'armée (retraité)	En disponibilité temporaire	En couple	0	0	3000	Oui THS depuis 9 ans
Emma	56	46	Employée assurances	BAC	Cadre Secteur privé	Arrêt de travail choisi depuis 12 ans	En couple	2	3	N.C****	Oui THS depuis 10 ans
Geneviève	56	Péri-méno pause	Professeure EPS***** secteur public	BAC+4	Cadre secteur public (retraité)	En activité	En couple	2	2	4200	Non

\* Les prénoms sont fictifs. Les participantes sont classées par ordre alphabétique.

\*\* BAC : Baccalauréat français : 12 années d'études, BAC+ 5 : 17 années d'études

\*\*\* CAP-BEP : 9 années d'études

\*\*\*\* N.C. : Non communiqué

\*\*\*\*\* EPS : Education physique et sportive

**Profession et catégorie sociale du ménage : Cadres et professions intellectuelles supérieures (suite)**

Femmes	Age	Age méno-pause	Profession	Scolarité	Profession du Conjoint	Statut professionnel (retraitee vs en activité, autres)	Statut conjugal	Nb enfants	Nb Petits enfants	Revenu mensuel net du foyer (euros)	Prise d'un THS actuelle et antérieure/ Durée du traitement
<b>Géraldine</b>	56	44 MC*	Commerciale secteur privé	BAC	Cadre Secteur privé	Retraitee	En couple	2	0	4000	Oui THS depuis 12 ans
<b>Marie</b>	58	Ne sait pas	Ingénieur/ professeure collège	BAC+5	Cadre secteur public (retraité)	Arrêt de travail choisi	En couple	3	4	4270	Oui THS depuis + 10 ans
<b>Martine</b>	55	53	Bibliothécaire	BAC+4	Ingénieur secteur privé (retraité)	En congé maladie	En couple	2	2	4400	Oui THS depuis 6 ans
<b>Mathilde</b>	54	52	Chargée mission secteur associatif	BAC +2	Cadre secteur public	Chômage	En couple	1	0	4500	Non prise antérieure : pendant 3 mois
<b>Michèle</b>	57	46	Professeure anglais	BAC+4	Divorcée Ex-conjoint médecin	En activité	Seule	3	2	2000	Oui THS depuis + 10 ans
<b>Pauline</b>	58	52	Cadre secteur privé	Bac +4	Photographe	En activité	En couple	0	0	4500	Non prise antérieure : pendant 6 ans
<b>Sandrine</b>	55	Péri-méno pause	Secrétaire direction secteur privé	CAP-BEP	Médecin du travail	Pré-retraite forcée	En couple	0	0	4000	Non

\* MC : Ménopause chirurgicale

**Profession et catégorie sociale du ménage : Professions intermédiaires**

Femmes	Age	Age mémo-pause	Profession	Scolarité	Profession du Conjoint	Statut professionnel (retraite vs en activité, autres)	Statut conjugal	Nb enfants	Nb Petits enfants	Revenu mensuel net du foyer (euros)	Prise d'un THS actuelle et antérieure/ Durée du traitement
Camille	55	53	Secrétaire secteur public	BEP-CAP	Technicien (retraité)	Pré-retraite choisie	En couple	2	2	3350	Non
Myriam	58	48	Podologue	BAC +2	Veuve Ouvrier spécialisé	En activité	Seule	2	0	2100	Non
Sylvie	56	50	Secrétaire direction secteur public	BAC +2	Séparée ex conjoint : Ingénieur	En activité	Seule	1	0	1970	Non
Sonia	58	56	Commerciale Secteur public	BAC + 2	Employé administratif (retraité)	Retraitée	En couple	1	0	3045	Non

**Profession et catégorie sociale du ménage : Employés et artisans/commerçants**

Femmes	Age	Age mémo-pause	Profession	Scolarité	Profession du Conjoint	Statut professionnel (retraite vs en activité, autres)	Statut conjugal	Nb enfants	Nb Petits enfants	Revenu mensuel net du foyer (euros)	Prise d'un THS actuelle et antérieure/ Durée du traitement
Alice	53	48	Secrétaire Secteur privé	BAC	Divorcée	En activité	Seule	2	0	1200	Oui THS depuis 5 ans
Bernadette	58	48	Secrétaire dir./Aide ménagère à domicile	BEP-CAP	Divorcée conjoint Employé	En activité	Seule	1	1	800	Oui THS depuis 10 ans
Edith	58	52	Commerçante parfumerie esthétique Secteur privé	BAC	Divorcée Ex conjoint : Cadre secteur privé	En activité	Seule	2	0	900	Oui
Karine	58	46 MC	Ouvrière/ Aide ménagère à domicile	BEP-CAP	Divorcée Ex conjoint :	En activité	Seule	2	0	1000	Non prise antérieure : 5/6 ans
Louise	56	49 MC	Femme de ménage à domicile	<BEP- CAP	Petit commerçant (retraité)	En activité	En couple	3	2	1400	Non prise antérieure : 2 ans
Maryse	56	Ne sait pas	Aide ménagère à domicile	BAC+ 5	Sans activité	En activité	En couple	1	0	650	Non prise antérieure : 5 ans
Paule	53	49	Secrétaire dir. /Aide ménagère à domicile	BEP-CAP	Divorcée Ex conjoint Employé	En activité	Seule	2	2	1200	Non prise antérieure : 3/4 ans
Rose	55	35 MC	Serveuse / Femme de ménage	BEP-CAP	Pas de conjoint	En activité	Seule	1	0	550	Non prise antérieure : 3 ans
Viviane	54	45	Employée de supermarché	BEP-CAP	Employé secteur public (Retraité)	En activité	En couple	1	2	1500	Oui THS depuis 10 ans

### 3.3.2 Le recrutement des participantes

Le recrutement s'est effectué sur une base volontaire à travers des annonces dans des maisons de la jeunesse (MJC)<sup>58</sup> et dans des magasins de différents quartiers de la ville, et selon la méthode dite de « boule de neige » ou de réseau de connaissances. Nous sommes également passée par l'intermédiaire d'une société de services à domicile qui nous a communiqué une liste de femmes correspondant à la tranche d'âge que nous visions. Nous les avons alors contactées par téléphone pour leur proposer une entrevue que trois femmes ont acceptée. Nous visions ainsi à recruter des femmes de catégories populaires, celles-ci répondant moins spontanément à nos annonces. Parmi les dix femmes que nous avons réussies à joindre par téléphone sur cette liste, sept femmes ont refusé l'entrevue pour différents motifs, certaines (5) parce qu'elles traversaient des moments difficiles (intervention médicale, décès d'un proche), d'autres (2) parce qu'elles n'avaient pas envie de parler de leur expérience de l'approche de la soixantaine.

### 3.3.3 Caractéristiques et recrutement des gynécologues rencontrées

Nous avons réalisé huit entretiens auprès de femmes gynécologues de mars à novembre 2004. L'une de ces praticiennes était également phytothérapeute, ayant suivi une spécialisation en phytothérapie (voir le tableau 3.4 pour une description de l'échantillon). Les gynécologues étaient âgées de 39 à 61 ans, avec une moyenne d'âge de 51 ans, ce qui correspond à la moyenne nationale (Sicart, 2002).

Ces femmes gynécologues ont été recrutées par téléphone dans deux agglomérations de la région Midi-Pyrénées. Nous les avons identifiées à partir du répertoire téléphonique pour la ville de Toulouse et par connaissance pour la ville d'Albi. Dans tous les cas, nous nous présentions comme effectuant une étude sur la ménopause et l'hormonothérapie. Nous avons reçu de nombreux refus, le motif invoqué par les médecins, étant systématiquement le manque de temps pour nous recevoir.

---

<sup>58</sup> Les MJC sont des centres de loisirs répartis dans les différents quartiers de la ville qui proposent des activités de loisirs pour tous les âges.

Tableau 3.4

## Description de l'échantillon de gynécologues rencontrées

	âge	Spécialité	Nombre d'années de pratique	Enregistrement
Dr.A	43	Gynécologie médicale	12	Retranscrit de mémoire
Dr.B	39	Gynécologie médicale	8	Retranscrit de mémoire
Dr.C	55	Gynécologie médicale	24	Enregistré
Dr.E	45	Gynécologie médicale	14	Retranscrit de mémoire
Dr.F	50	Gynécologie médicale	25	Enregistré
Dr.G	55	Gynécologie médicale + formation de phytothérapie	25	Enregistré
Dr.H	58	Gynécologie médicale	27	Enregistré
Dr.I	61	Gynécologie médicale	29	Enregistré

## 3.4 LE DÉROULEMENT DES ENTREVUES

## 3.4.1 Les entretiens des femmes

Les entretiens, d'une durée pouvant varier d'une heure à trois heures, ont été réalisés au domicile des participantes à l'exception de trois, que nous avons menées, à la demande des femmes, sur leur lieu de travail, dans une pièce isolée. Elles ont été enregistrées avec l'accord des participantes. Ces entretiens se sont déroulés dans un climat de confiance souvent chargé d'émotion, notamment lorsque les femmes relataient certains événements difficiles de leur vie. Un des entretiens a été réalisé en présence de la mère d'une participante.

Lors du premier contact téléphonique avec les femmes et en début d'entretien, nous nous présentions comme effectuant une recherche sur la perspective de la soixantaine et le rapport au corps. Nous ne souhaitons pas que les femmes se focalisent dès le départ sur la ménopause afin de voir si elles la mentionnaient d'elles-mêmes lorsqu'elles étaient questionnées sur leur parcours et leurs expériences corporelles des dix dernières années.

Les entretiens s'appuyaient sur un guide d'entretien définissant les thèmes à explorer qui se sont affinés au cours de la recherche. L'ordre d'apparition des thèmes pouvait évoluer en fonction de la situation d'entretien, de manière à ne pas couper l'expression des sujets. Toutefois, nous avons toujours respecté la structure générale. Celle-ci allait de l'expérience du vieillissement et de la ménopause, aux traitements hormonaux et aux pratiques de gestion du corps vieillissant. Nous recueillions alors les données sociodémographiques qui n'avaient pas été mentionnées au cours de l'entrevue soit, l'âge, le nombre d'enfants et de petits enfants, la situation matrimoniale, la profession et celle du conjoint, le niveau de scolarité, et le revenu mensuel net du foyer. En conclusion, nous invitons les femmes à nous faire part de leur expérience de l'entretien et de leur intérêt à y participer.

#### 3.4.1.1 Le guide d'entretien des femmes

Le guide d'entrevue des femmes comportait quatre grandes parties qui sont présentées de manière synthétisée dans le tableau 3.5. La première partie s'attachait à préciser le parcours biographique des participantes, à faire identifier les proches significatifs et les relations qu'entretenaient les femmes avec ces personnes (parents, conjoint, enfants, petits-enfants, amis) ainsi que les événements importants vécus par les participantes depuis dix ans. La seconde partie portait sur les modifications corporelles constatées par les participantes au cours des dix dernières années. Nous nous intéressions particulièrement aux transformations associées à la ménopause et à leur impact sur l'existence. Nous cherchions également à cerner les représentations de la ménopause en invitant les femmes à expliquer ce que représentait cet événement, non seulement pour elles mais aussi pour les femmes de leur entourage social et professionnel. La troisième partie consistait à susciter le récit autour des pratiques de gestion de la ménopause et plus particulièrement l'hormonothérapie de

substitution. Nous avons ainsi questionné les femmes, sur leurs motifs d'engagement ou de non engagement dans un traitement hormonal, sur ses effets, sur le suivi médical dont elles faisaient l'objet et sur la relation avec le gynécologue et les médecins en général. Une série de questions portait enfin sur la connaissance et la réaction des femmes à la controverse que suscite actuellement le THS. La dernière partie concernait les autres pratiques corporelles de gestion du vieillissement dans lesquelles s'engageaient les participantes et leur signification.

**Tableau 3.5**

**Grille d'entretien des femmes baby-boomers\***

<b>Partie 1 : La trajectoire des femmes</b>
- Le parcours des femmes et le rapport au travail et à la retraite
- L'identification des « autres significatifs »
- La transition des 50 ans
<b>Partie 2 : Expérience de la ménopause et de ses transformations</b>
- L'expérience et les représentations de la ménopause
- L'expérience de la ménopause et du vieillissement des femmes de l'entourage
- Le rapport aux modèles corporels féminins
<b>Partie 3 : La gestion de la ménopause</b>
- Les modalités de gestion de la ménopause
- Le suivi médical de la ménopause, la relation médecin-patient
- L'hormonothérapie : motivations du recours/du non recours
- La contraception
- Les traitements alternatifs
- La controverse entourant les traitements hormonaux de substitution
<b>Partie 4 : Les autres pratiques de gestion du vieillissement</b>
- Le maquillage
- Les soins de la peau
- Les soins des cheveux
- La chirurgie esthétique
- Les pratiques physiques
- L'alimentation
- Le suivi médical général
- Le rapport aux médicaments

\* voir la grille détaillée appendice A.

### 3.4.2 Les entretiens des gynécologues

Tous les entretiens des gynécologues ont été réalisés au cabinet des praticiens pendant ou après les heures de consultation. Leur durée variait de trente minutes à deux heures. Trois des médecins ont refusé l'enregistrement des entretiens. Nous avons alors noté par écrit le plus

d'informations et de citations pendant l'entrevue et retranscrit son contenu de mémoire aussi fidèlement que possible au plus tard une heure après la fin de la rencontre. Compte tenu du temps souvent réduit que pouvaient nous consacrer les gynécologues (celles-ci demandant que l'entretien ne dépasse pas une demi-heure), le rythme d'entrevue était très soutenu. Nous avons également été un peu plus directive qu'avec les femmes, afin de pouvoir passer en revue l'ensemble de la grille d'entretien qui comprenait sept grandes thématiques (voir appendice B pour une présentation détaillée) :

- la définition de la ménopause
- les conséquences de la ménopause sur la santé physiologique, psychique et la vie sociale des femmes selon les gynécologues et telles qu'observées dans leur pratique
- l'information des femmes concernant la ménopause et les traitements disponibles
- l'initialisation d'une thérapie hormonale, les avantages et les inconvénients du traitement hormonal et des thérapies alternatives.
- la réception par les praticiens et par leurs patientes de l'événement médiatique autour de la publication des études WHI et MWS et son impact sur leur pratique
- Les traitements alternatifs de la ménopause
- le rôle de la gynécologie médicale dans le suivi de la ménopause

### 3.5 L'ANALYSE DES MATÉRIAUX

#### 3.5.1 Retranscription des données et contextualisation des situations d'entretien

Toutes les entrevues enregistrées ont été entièrement retranscrites. Dans le cadre de cette retranscription, nous avons veillé à rendre le texte lisible, par l'usage de la ponctuation et le respect de la concordance des verbes. Nous avons ainsi éliminé certains cafouillages et hésitations à l'exception de ceux qui nous semblaient utiles au travail interprétatif :

Quelle que soit la qualité de [la] transcription, [elle fait toujours ] perdre à l'entretien une partie de ce qui fait la richesse de l'interaction de face à face et des paroles qui s'y prononcent, notamment tout le subtil dégradé des émotions qui passent à travers la voix. Il y a donc une véritable illusion de la fidélité. On ne peut pas rester fidèle dans la transcription. [Aussi] nous estimons inutile la transcription littérale qui s'efforce de rester

le plus proche possible de la langue parlée, qui produit aussi un texte « difficile » à lire ». (Beaud et Weber, 1998, p. 245)<sup>59</sup>.

Après chaque entretien, nous avons pris l'habitude de rédiger des notes descriptives visant à contextualiser la situation d'entretien (Beaud et Weber, 1998). Nous transcrivions ainsi nos observations et notre ressenti concernant l'environnement physique de l'entrevue, son déroulement, la présentation et le comportement de la personne rencontrée, et les interventions de tiers lorsqu'il y en avait (présence du conjoint ou d'un enfant dans la maison, coups de téléphone, etc.). Nous avons porté une attention particulière à la relation d'enquête, en décrivant notamment les conditions d'acceptation de l'entretien et les rôles et les identités que semblaient nous assigner les femmes rencontrées. Ceux-ci variaient selon les personnes et parfois même au cours de l'entretien. Certaines femmes nous considéraient comme une étudiante en sociologie menant une enquête, d'autres comme une assistante sociale, nous rapportant notamment leurs insatisfactions à l'égard de leurs conditions de retraite, d'autres comme une psychologue, nous confiant leurs souffrances parfois dans l'attente d'une aide thérapeutique, d'autres comme une interlocutrice de l'âge de leur fille, nous interrogeant alors sur notre propre trajectoire, d'autres comme une complice féminine avec qui on échange des conseils sur les soins du corps ou avec qui on réévalue la place des femmes dans la société, d'autres encore comme une personne « ayant une éducation », témoignant de leur conscience d'un décalage social entre l'enquêteur et l'enquêté.

### 3.5.2 L'émergence des catégories

Nous inspirant de l'approche de la théorisation ancrée, nous avons procédé au codage des entretiens simultanément à leur collecte, en découpant le matériel en unités de sens de taille variable (phrase ou paragraphe), de manière à saisir la signification sous-jacente au discours des participantes. Les entretiens des femmes et des gynécologues ont été analysés de manière séparée. Suite à une lecture répétée de ceux-ci, nous avons dans un premier temps regroupé les données, à partir des constantes et des récurrences repérées dans le discours des femmes et des gynécologues. Ce codage initial, que nous avons poursuivi et amélioré au fur et à mesure de l'ajout de nouveaux entretiens, a permis de faire émerger différents thèmes et des amorces

---

<sup>59</sup> Guillemets dans le texte.

de catégories que nous avons retravaillées en maximisant cette fois, les divergences repérées entre les entretiens. Dans une seconde étape, nous avons recherché les relations existant entre les différentes catégories émergentes. Cette analyse simultanée à la collecte des données a suscité des questionnements qui nous ont amenée à faire évoluer la grille d'entretien (nous avons par exemple ajouté des questions à la grille d'entretien des femmes concernant la relation avec le gynécologue, le rapport aux médicaments en général, ou encore le lieu de rangement du traitement hormonal de substitution).

L'étude des représentations de la ménopause et des traitements hormonaux, deux catégories centrales dans notre étude, a plus particulièrement consisté à repérer certaines significations communes (éléments centraux de la représentation possédant un caractère consensuel) et d'autres qui variaient selon les individus (éléments périphériques). Elle visait aussi à repérer l'articulation de ces différents éléments (Moliner *et al.*, 2003). Nous avons alors tenté de comprendre les facteurs à l'origine de ces variations individuelles en recherchant l'existence de liens entre les composantes de la représentation et certaines caractéristiques des acteurs (facteurs socio-économiques, expériences, ressources sociales), mais aussi entre ces représentations et celles relatives à d'autres catégories d'objets.

La définition, la reformulation des catégories et leur mise en relation a bénéficié d'allers-retours continus entre le terrain, l'analyse des données et la littérature. Ce travail s'est poursuivi jusqu'à ce qu'aucune nouvelle donnée ne vienne contredire la construction de notre modèle des représentations de la ménopause et des traitements hormonaux, indiquant une saturation des données.

#### 3.5.2.1 L'analyse des entretiens des femmes

L'analyse des entretiens des femmes ménopausées a permis de définir 36 catégories que nous avons regroupées en 10 catégories principales qui sont présentées de manière plus détaillée dans les tableaux 3.6 à 3.15 :

- Les dimensions structurant les représentations de la ménopause

- Les représentations des substances médicamenteuses
- Les représentations des traitements de la ménopause
- Les modalités de recours et de non recours à l'hormonothérapie
- Les figures du gynécologue
- Les différentes modalités de réception des risques associés aux THS
- Les stratégies de gestion du corps et leurs significations
- Les modèles corporels et du vieillissement
- Les interactions avec les « autres significatifs » au moment de la ménopause
- L'identité générationnelle

Nous avons également identifié pour chaque femme plusieurs attributs qui renvoient aux indicateurs sociodémographiques (nombre d'enfants, de petits enfants, statut conjugal, revenu, profession et catégorie socioprofessionnelle) et à leur recours à certaines pratiques (traitement hormonal de la ménopause, contrôle de l'alimentation, pratiques physiques, et pratiques esthétiques).

Tableau 3.6

## Les dimensions structurant les représentations de la ménopause

Catégories	Sous-catégories
La variation hormonale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la fin d'un cycle biologique normal</li> <li>- une variation qui met le corps à risque</li> </ul>
L'arrêt des règles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- un des indicateurs du statut de femme ménopausée</li> <li>- la fin des « tracasseries »</li> <li>- la fin de la fécondité</li> <li>- la fin de la jeunesse</li> <li>- la fin d'un rythme</li> </ul>
Les conséquences actuelles ou anticipées de la ménopause	<p data-bbox="764 720 1084 751"><u>Sur la santé et la performance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des inconforts limités</li> <li>- un corps en ébullition</li> <li>- un corps à risque</li> <li>- un corps en souffrance</li> <li>- un corps en perte d'énergie</li> <li>- un corps en perte de performance</li> </ul> <p data-bbox="764 968 943 999"><u>Sur les émotions</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une perte de contrôle sur l'humeur</li> <li>- une libération de la parole</li> </ul> <p data-bbox="764 1094 1008 1125"><u>Sur l'image corporelle</u></p> <p data-bbox="776 1150 1057 1182"><u>- Le poids (prise ou perte)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un poids jugé inéluctable</li> <li>- un poids incontrôlable</li> <li>- la fin de la silhouette de la jeunesse</li> <li>- un poids qui menace le rapport narcissique au corps</li> <li>- un poids qui témoigne d'un laisser-aller</li> <li>- un poids qui accroît la dépendance</li> </ul> <p data-bbox="776 1430 1040 1461"><u>- Les peaux qui tombent</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une peau de « vieille »</li> <li>- une menace à la construction identitaire</li> <li>- une peau qui ne tient plus le corps</li> <li>- une peau témoin des moments forts de l'existence</li> </ul> <p data-bbox="764 1650 935 1682"><u>Sur la sexualité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une sexualité qui n'a pas évolué</li> <li>- une sexualité plus tranquille, mais toujours accessible</li> <li>- un désir illégitime</li> <li>- un désir insatisfait et difficile à gérer</li> <li>- une perte de désir</li> <li>- un renoncement</li> </ul>

L'inscription dans le processus de vieillissement	<p><u>Le sentiment du « vieillir »</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des ruptures dans la trajectoire santé qui créent une dépendance au corps</li> <li>- le regard des autres qui assigne au statut de « vieille »</li> <li>- des ruptures dans la sphère professionnelle (anticipation ou passage à la retraite, dévalorisation du travailleur âgé)</li> <li>- une difficulté à renégocier de nouvelles opportunités d'engagement (difficulté à identifier des engagements qui fassent sens, nouveaux engagements domestiques contraignants)</li> <li>- perte/éloignement des « autres » significatifs</li> </ul> <p><u>Le sentiment de continuité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des changements corporels progressifs et « indolores »</li> <li>- la continuité du « faire »</li> <li>- la permanence identitaire</li> <li>- une retraite encore lointaine ou non planifiée</li> <li>- une retraite qui permet de nouvelles opportunités d'engagement</li> </ul>
---	---

Tableau 3.7

## Les représentations des substances médicamenteuses

Catégories	Sous-catégories
Les médicaments en général	<ul style="list-style-type: none"> <li>- des objets de soulagement</li> <li>- des produits à utiliser avec parcimonie</li> <li>- des objets de contrainte et de dépendance</li> <li>- des objets toxiques aux effets secondaires importants</li> </ul>
Les traitements alternatifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- des objets identitaires</li> <li>- des objets au centre d'une relation de soin où l'écoute a plus d'importance</li> <li>- des produits naturels</li> </ul>

**Tableau 3.8**  
**Les représentations des traitements de la ménopause**

Catégories	Sous-catégories
Le traitement hormonal de substitution	<ul style="list-style-type: none"> <li>- un objet de soulagement</li> <li>- un objet de prévention des maladies associées à la vieillesse</li> <li>- l'assurance d'une performance continue</li> <li>- un objet de régulation des humeurs</li> <li>- un objet permettant de repousser l'entrée symbolique dans la vieillesse</li> <li>- un garant du bon suivi de la ménopause</li> <li>- un médicament remboursé</li> <li>- un soin cosmétique anti-vieillesse</li> <li>- un objet permettant le retour des règles</li> <li>- un soin gynécologique au service de la sexualité</li> <li>- un instrument de libération des femmes</li> <li>- un produit chimique et non naturel</li> <li>- un produit qui entraîne des effets secondaires</li> </ul>
Les traitements alternatifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- des remèdes peu efficaces</li> <li>- une démarche plus naturelle</li> <li>- des objets nécessitant un apprentissage</li> <li>- des objets permettant de s'approprier la ménopause</li> <li>- l'occasion d'échanger avec d'autres femmes</li> </ul>

**Tableau 3.9**  
**Les modalités de recours et de non recours au THS**

Catégories	Sous-catégories
Les conditions de prise d'un THS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- en anticipation de transformations somatiques</li> <li>- en réaction à des transformations somatiques</li> </ul>
Les modalités de non recours au THS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- contre-indications</li> <li>- refus d'un produit chimique/toxique</li> <li>- absence de besoin</li> <li>- refus de médicaliser la ménopause</li> </ul>
Les modalités d'interruption d'un THS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- apparition d'effets secondaires</li> <li>- diagnostic d'une contre-indication</li> <li>- efficacité non « éprouvée »</li> <li>- nouvelle sensibilité au risque (WHI)</li> </ul>

**Tableau 3.10**  
**Les figures du gynécologue**

Catégories	Sous-catégories
Figures positives	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le médecin en qui l'on a confiance et qui nous connaît bien</li> <li>- l'expert qui informe et légitime le statut de ménopause</li> <li>- l'intermédiaire vers le THS</li> </ul>
Figures négatives ou ambivalentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- un médecin qui n'entend pas les plaintes</li> <li>- un médecin qui ne prend pas le temps</li> <li>- un médecin qui porte un jugement moral</li> <li>- un médecin qui a intérêt à médicaliser la ménopause</li> <li>- un médecin qui ne sait pas trop</li> </ul>

**Tableau 3.11**  
**Les modalités de réception et de gestion des risques associés aux THS**

Catégories	Sous-catégories
Un risque minimisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le traitement reste cautionné par le gynécologue</li> <li>- le suivi gynécologique encadre le risque</li> <li>- les informations sont exagérées par les médias</li> <li>- le risque est partout</li> </ul>
Un risque qui s'applique aux autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>- différence entre les produits utilisés en France et aux Etats-Unis</li> <li>- différence du profil des femmes à l'étude et des pratiques alimentaires des nord-américaines</li> </ul>
Un risque familial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- expérience du traitement THS, des contraceptifs oraux</li> <li>- familiarité de la controverse autour des traitements hormonaux</li> </ul>
Un risque acceptable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorisation des bénéfices du traitement</li> </ul>
Un risque gérable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution des dosages</li> <li>- Pratique de fenêtres thérapeutiques</li> <li>- Projet d'arrêt planifié du THS</li> </ul>
Un risque inacceptable qui rejaillit sur la confiance à l'égard du praticien, des experts et des médicaments en général	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discours contradictoires des praticiens et des experts</li> <li>- Evolution des pratiques de prescription</li> <li>- Intérêt des praticiens à la prescription de THS</li> <li>- Incapacité des experts à gérer l'incertitude</li> </ul>

**Tableau 3.12**  
**Les stratégies de gestion du corps vieillissant et leurs significations**

Catégories	Sous-catégories
Contrôle de l'alimentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Correction des débordements</li> <li>- Adhésion au « bien manger »</li> <li>- Lâcher-prise sur la prise de poids jugée inéluctable et incontrôlable</li> </ul>
Pratiques physiques et sportives	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintien de la fonctionnalité, ralentissement du vieillissement</li> <li>- Entretien des formes et correction des débordements</li> <li>- Recherche spirituelle</li> <li>- Volonté d'entretenir le rapport narcissique au corps, de le re-sentir</li> <li>- Désengagement (contraint, coupable, serein)</li> </ul>
Pratiques esthétiques	<p><u>Maquillage</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La construction quotidienne d'une seconde peau</li> <li>- La mise en beauté occasionnelle</li> </ul> <p><u>Chirurgie esthétique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La recherche d'une cohérence de soi perdue</li> </ul>

**Tableau 3.13**  
**Les modèles corporels et du vieillissement**

Catégories	Sous-catégories
Le rapport des femmes aux modèles du corps féminin (dans les médias)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de « belles images » qui fascinent</li> <li>- des images sexuelles et érotiques qui « objectifient » le corps féminin</li> <li>- des normes de beauté inaccessibles</li> </ul>
Le rapport des femmes aux modèles de femmes de 50 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>- une reconnaissance de l'existence de la femme de 50 ans</li> <li>- des images qui projettent une image positive de la femme de 50 ans</li> <li>- des normes inaccessibles</li> </ul>
Les modèles de la retraite auxquels réfèrent les femmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- une retraite centrée sur l'épanouissement de soi et/ou les loisirs</li> <li>- une retraite orientée sur la famille</li> <li>- une retraite citoyenne</li> </ul>

**Tableau 3.14**  
**Les interactions avec les « autres significatifs » au moment de la ménopause**

Catégories	Sous-catégories
Conjoint, enfant, mère, consœurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'autre comme référence et source d'informations</li> <li>- l'autre comme témoin des transformations de la ménopause</li> <li>- l'autre comme prescripteur ou proscripteur de pratiques</li> <li>- l'autre qui subit les transformations de la ménopause</li> <li>- l'autre comme destinataire indirect de la prise du THS</li> </ul>

**Tableau 3.15**  
**L'identité générationnelle**

Catégories	Sous-catégories
Caractéristiques distinctives de la génération du baby-boom	<ul style="list-style-type: none"> <li>- une génération investie dans la sphère professionnelle</li> <li>- une génération privilégiée par un marché professionnel en expansion</li> <li>- une génération marquée par un nouveau rapport au corps axé sur le contrôle, celui-ci étant favorisé par la disponibilité de nouvelles pratiques/techniques corporelles</li> <li>- une génération plus proche de ses enfants</li> <li>- une génération qui impose une nouvelle image de la femme du fait de son importance numérique</li> </ul>

### 3.5.2.2 L'analyse des entretiens des gynécologues

L'analyse des entretiens des femmes gynécologues a permis de définir 22 catégories que nous avons regroupées en 5 catégories principales, soit :

- Les représentations à l'égard de la ménopause
- Les représentations à l'égard des traitements de la ménopause

- Les modalités de perception des risques associés aux THS
- Les conséquences de la publication de l'étude WHI sur la pratique gynécologique
- Les acteurs menaçant l'autonomie professionnelle du gynécologue

Les trois catégories principales sont présentées dans les tableaux 3.16 à 3.18.

**Tableau 3.16**  
**Les représentations des gynécologues à l'égard de la ménopause**

Catégories	Sous-catégories
L'arrêt de la production hormonale	- une évolution physiologique normale qui met le corps à risque
Les risques de la ménopause (santé physiologique et psychologique)	- des troubles du climatère qui altèrent la qualité de vie - un risque d'ostéoporose - une sexualité rendue plus difficile - un risque de troubles dépressifs - une transition biographique douloureuse
Des pertes symboliques	- un risque de vieillissement - une perte de féminité qui reste marginale

Tableau 3.17

## Les représentations des gynécologues à l'égard des traitements de la ménopause

Catégories	Sous-catégories
Le traitement hormonal de substitution	<p data-bbox="768 491 914 519"><u>Les bénéfiques</u></p> <ul data-bbox="813 523 1382 800" style="list-style-type: none"> <li>- un instrument de progrès et une avancée pour la santé des femmes</li> <li>- une action efficace et rapide sur les troubles du climatère</li> <li>- une prévention efficace de l'ostéoporose</li> <li>- une protection symbolique contre le vieillissement</li> <li>- une aide à la sexualité</li> <li>- un soin cosmétique</li> </ul> <p data-bbox="768 838 889 866"><u>Les risques</u></p> <ul data-bbox="813 870 1373 959" style="list-style-type: none"> <li>- des effets secondaires limités</li> <li>- des risques gérables grâce à un suivi régulier et au respect des contre-indications</li> </ul> <p data-bbox="768 995 1256 1023"><u>Les fonctions dans la pratique gynécologique</u></p> <ul data-bbox="813 1027 1344 1204" style="list-style-type: none"> <li>- un élément d'attraction et de fidélisation des femmes de plus de cinquante ans</li> <li>- un élément de communication pendant la consultation</li> <li>- une prescription légitimant l'existence du gynécologue médical</li> </ul>
Les phytoestrogènes	<ul data-bbox="813 1215 1365 1425" style="list-style-type: none"> <li>- des traitements peu efficaces</li> <li>- des traitements qui échappent à la surveillance du gynécologue</li> <li>- des traitements dont les risques sont sous évalués</li> <li>- des produits dont l'utilisation nécessite une expertise particulière</li> </ul>

**Tableau 3.18**  
**Les modalités de réception et de gestion**  
**des risques associés au THS**

Catégories	Sous-catégories
Un risque exagéré	<ul style="list-style-type: none"> <li>- par les médias</li> <li>- par les autorités de santé publique (principe de précaution)</li> </ul>
Un risque qui s'applique aux autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>- différence entre les produits utilisés en France et aux Etats-Unis</li> <li>- différence du profil des femmes à l'étude et des pratiques alimentaires des nord-américaines</li> <li>- meilleur suivi gynécologique pratiqué en France par les spécialistes (versus les généralistes)</li> </ul>
Un risque démenti par l'expérience	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pas d'expérience de cancers chez des femmes sous THS</li> <li>- expérience de cancers qui ne sont pas liés au THS</li> </ul>
Un risque prévisible	<ul style="list-style-type: none"> <li>- retarder la ménopause comporte un risque de cancer connu depuis longtemps</li> <li>- le résultat d'une prescription trop systématique des THS</li> <li>- un risque qui concerne tous les traitements hormonaux (voire, tous les médicaments)</li> </ul>

### 3.5.3 Utilisation d'un logiciel d'analyse thématique

Nous avons réalisé nos analyses avec l'aide du logiciel Verbatex, outil d'analyse thématique classique développé sur mesure pour cette recherche.<sup>60</sup> Très convivial, ce logiciel permet de réaliser un codage d'un corpus important en un nombre illimité de catégories et de sous-catégories. Cette catégorisation est progressive et peut être modifiée au fur et à mesure que s'affinent les catégories définies par l'analyste. Ces catégories sont organisées selon une structure en arbre que l'on peut également faire évoluer.

Le codage permet d'attribuer à chaque phrase qui relève d'une même catégorie ou sous-catégorie un codage spécifique. Il est alors possible d'extraire tous les contenus se rapportant à une catégorie ou une sous-catégorie donnée et ce, à travers une ou plusieurs entrevues. Ces

<sup>60</sup> Le développement de ce logiciel a été réalisé par Serge Fabre, ingénieur en informatique, avec qui nous avons travaillé conjointement.

extractions par thème constituent le matériau de base pour la comparaison transversale des données.

Le logiciel Verbatex permet également de constituer des profils (liste des attributs) pour chaque participant et de filtrer l'extraction d'une catégorie en fonction d'un attribut particulier. Cela permet par exemple d'obtenir uniquement les extraits d'entrevues concernant les femmes qui ont un conjoint ou ceux concernant les femmes qui suivent un traitement hormonal, etc.

Verbatex rend également possible la recherche textuelle sur un ou des termes précis (par exemple « hormones »). L'outil repère et extrait alors de toutes les entrevues les passages où ces termes sont utilisés. Ces différentes recherches peuvent s'appliquer à toutes les entrevues ou être limitées à un ou plusieurs entretiens.

### 3.6 CONSIDÉRATIONS DÉONTOLOGIQUES

Nous avons informé chacune des participantes de l'objet de notre recherche, du déroulement de l'entrevue, de leur possibilité d'interrompre l'entretien à tout moment, de leur non obligation de réponse à nos questions, du traitement anonyme et confidentiel des données et du retour qui leur serait communiqué sur la recherche (envoi d'une synthèse écrite des résultats). Nous avons alors reçu leur assentiment oral, comme il est coutume de le faire en France.<sup>61</sup>

Les données recueillies ont été conservées sur un ordinateur portable, auquel nous étions seule à accéder pendant le temps de la recherche. Nous les avons ensuite sauvegardées sur un disque compact stocké à notre domicile.

---

<sup>61</sup> Suite à une discussion avec nos directeurs de recherche, nous avons décidé de faire parvenir à chacune des participantes un formulaire de consentement écrit que 19 femmes et 5 gynécologues nous ont renvoyé signé.

Afin de préserver l'anonymat des participants, nous avons attribué un pseudonyme à chacune des femmes et une lettre (de A à I) pour les gynécologues.<sup>62</sup> Nous avons par ailleurs éliminé des entretiens toute information pouvant permettre d'identifier la personne (nom de lieu, nom de société, etc.).

---

<sup>62</sup> Dans le texte, les dialogues extraits des entretiens seront introduits par la première lettre du prénom fictif des femmes, tandis que nos interventions débiteront par la lettre « I » pour interviewer.

## CHAPITRE IV

### REPRESENTATIONS PROFANES DE LA MENOPAUSE

Les femmes que nous avons rencontrées étaient toutes ménopausées ou engagées dans le processus de ménopause. Lorsque nous les avons interrogées sur leurs représentations, c'est ce vécu, interprété et mis en récit, qui nous était livré. Les représentations que nous avons saisies s'inscrivent donc dans un discours sur l'expérience mais aussi sur les pratiques qui constituent un des moyens privilégiés pour accéder aux représentations (Good, 1998).

La première section de ce chapitre présente les différentes dimensions qui structurent les représentations de la ménopause. Celles-ci nous ont permis de construire une typologie que nous présenterons dans une deuxième section et que nous mettrons en relation avec différentes variables : l'appartenance socio-économique, les ressources sociobiographiques, le rapport au corps et l'identité générationnelle.

#### 4.1 LES DIMENSIONS STRUCTURANT LES REPRÉSENTATIONS DE LA MENOPAUSE

L'analyse des entretiens permet de décrire des représentations de la ménopause structurées autour de sept dimensions dont nous présenterons ci-dessous le contenu. Deux de ces dimensions sont liées aux phénomènes biologiques qui selon les femmes sont à l'œuvre au moment de la ménopause, soit la variation hormonale et l'arrêt des règles. Quatre autres concernent les conséquences perçues ou anticipées de la ménopause sur la santé et la performance, les émotions, l'image corporelle, et la sexualité. Enfin, la dernière dimension renvoie à l'inscription de la ménopause dans le processus de vieillissement et dans la trajectoire des femmes.

#### 4.1.1 Les phénomènes biologiques à l'œuvre

##### 4.1.1.1 La variation hormonale

L'arrêt de la fonction ovarienne et la notion de carence œstrogénique occupent une place centrale dans le modèle biomédical de la ménopause. Les références aux « *hormones* » (deux participantes seulement parlent spécifiquement d'œstrogènes) sont également nombreuses dans le discours des femmes rencontrées. La variation hormonale permet d'expliquer les transformations qu'elles constatent (« *depuis que j'ai plus les hormones* », « *les hormones qui jouent leur rôle* », le « *changement hormonal* » « *les hormones qui varient très, très vite* ») mais aussi d'attester que la ménopause est ou non installée (« *faire une prise de sang pour voir si les hormones* », « *il y a encore des hormones* », « *que les hormones, que ce soit complètement arrêté* »). Le terme « *d'hormones* » est utilisé autant pour se référer aux hormones endogènes que pour désigner le traitement de substitution, bien que cette dernière utilisation soit plus fréquente.

La variation hormonale revêt toutefois différentes significations selon les femmes, notre analyse mettant en évidence deux modèles. Pour la majorité des femmes rencontrées, la baisse puis l'arrêt de la production d'hormones entraînent un risque accru de pathologies à court et long termes. Ces femmes adhèrent ainsi très largement à la conception du corps en « carence hormonale ». Une d'entre elles considère d'ailleurs que la santé des femmes (voire même la vie) est régie par les hormones sexuelles : « *les hormones, ça joue un rôle très important dans la vie d'une femme, ça règle tout* ».

D'autres femmes n'interprètent pas l'arrêt de la production hormonale en termes de carence mais plutôt comme un événement marquant la fin d'un cycle biologique normal et « naturel ». Elles évoquent la possibilité d'un déséquilibre hormonal, essentiellement limité à la période de la péri-ménopause, qui est souvent comparée à l'adolescence. Elles jugent ainsi que la variation hormonale peut entraîner des inconvénients, plus ou moins importants, mais que ceux-ci sont temporaires et disparaissent généralement avec l'arrêt des règles. Ces femmes semblent clairement se distancier de la notion de « corps à risque ».

#### 4.1.1.2 L'arrêt des règles

L'arrêt des règles qui constitue comme l'a souligné Delanoë (2001), un élément directement accessible à l'observation, est également mentionné par la grande majorité des femmes. Pour beaucoup d'entre elles (18), il est d'ailleurs l'évidence qu'elles sont ménopausées. Les gynécologues rencontrés ont par ailleurs souligné que les irrégularités du cycle qui précèdent la ménopause constituent pour les femmes « l'annonce » d'une ménopause à venir. Toutefois, le statut de ménopause n'est pas uniquement dépendant de l'arrêt des menstruations. Certaines femmes évoquent ainsi d'autres indicateurs (le dosage hormonal communiqué par le médecin, le fait de recevoir un apport externe d'hormones et la persistance des troubles), qui ne disent pas tous la même chose. Trois femmes, qui suivent un traitement hormonal, considèrent ainsi qu'elles ne sont pas véritablement ménopausées du fait de l'apport externe d'hormones et ce, bien qu'elles ne soient plus menstruées.

*I : Donc maintenant vous êtes ménopausée ?*

*A : Euh... ben tant que je prends le traitement, vous êtes pas... Mais au niveau analyse, je suis ménopausée (Anne, 53 ans, ménopause 50 ans)*

*I : Est-ce que vous êtes ménopausée ?*

*M : C'est très difficile à définir parce que je prends un traitement hormonal et tant qu'on prend ce traitement, on n'est pas vraiment ménopausée. Il n'y a pas un jour où ça s'arrête totalement. Donc, c'est difficile de savoir. (Marie, 58 ans, date de ménopause non située)*

*I : Comment vous l'envisagez d'arrêter (le THS)?*

*V : Ben, j'imagine que je vais être vraiment ménopausée (Viviane 54 ans, ménopause 45 ans)*

D'ailleurs, la ménopause ne se résume pas à l'arrêt des menstruations. Si le terme de « ménopause » fait référence dans le jargon médical à l'arrêt des règles, la plupart des femmes l'utilisent pour décrire l'ensemble de la période pendant laquelle elles constatent des transformations corporelles et/ou psychiques (« depuis que je vis la ménopause »). Certaines se considèrent ainsi « ménopausées » parce que n'ayant plus de menstruations mais encore « en ménopause » du fait de la persistance des troubles qui lui sont associés. L'arrêt des règles semble ainsi ne constituer qu'une des étapes (parfois la principale) de la ménopause alors que la variation hormonale accompagne l'ensemble de ce processus. L'adjectif « ménopausée » évoque par contre très clairement l'arrêt des menstruations qui est plus

souvent vécu comme un soulagement que comme une perte de féminité, mais semble pour certaines femmes, constituer un marqueur du temps qui passe.

- La fin des « tracasseries »

Toutes les femmes, à l'exception de deux d'entre elles, semblent trouver une certaine satisfaction dans l'arrêt des menstruations qui est considéré sous un angle pratique « *l'arrêt des règles, j'ai trouvé ça plutôt cool* », « *c'est la fin des tracasseries* », « *enfin, tranquille !* » « *un grand soulagement au niveau du confort* ». Certaines (5), qui jugeaient leurs menstruations pénibles, parce que difficiles à gérer et/ou douloureuses, y voient même une libération :

*Oh, ben j'étais libérée parce que j'étais quand même assez gênée à l'époque quand j'étais indisposée, c'était très abondant, c'était pas toujours drôle. Alors une fois que ça a été fini, ça m'a pas non plus posé de problème.» (Bernadette, 58 ans, ménopause, 48 ans).*

C'est aussi le cas des femmes qui avant l'installation de la ménopause font l'expérience de règles plus abondantes, voire hémorragiques, jugées éprouvantes et souvent associées aux perturbations caractéristiques de la puberté. Pour deux femmes qui n'ont pas eu d'enfant par choix, l'arrêt des règles constitue un véritable soulagement :

*Ca m'a servi à rien finalement, puisque je ne voulais pas faire d'enfants, alors le fait d'avoir ces règles, c'était plutôt un inconvénient qu'autre chose. Je vivais ça très bien quand même, j'ai jamais été malade mais alors le fait qu'elles disparaissent [...] C'était bon, enfin ! tiens tranquille! (Delphine, 54 ans, ménopause 46 ans)*

- La fin de la fécondité mais surtout d'une partie de la vie associée à la jeunesse

Si les femmes associent clairement l'arrêt des règles à la fin de la période de fécondité, celle-ci semble peu problématique pour la grande majorité d'entre elles qui semblent avoir eu les enfants qu'elles voulaient, et souvent, quand elles le désiraient. La plupart considèrent de plus, qu'il est trop tard pour en avoir d'autres.

Au sein de notre échantillon, trois femmes ont toutefois déclaré avoir mal vécu le fait de réaliser qu'elles ne pourraient plus avoir d'enfants. Pour l'une d'elles, l'arrêt des règles semblait raviver le deuil non accompli de l'enfant qu'elle n'avait pas pu avoir, compromettant aussi son accession au statut de grand-mère :

*Moi, je n'ai pas été grand-mère. Je ne suis pas une grand-mère. Je suis une pas grand chose. Ne pas avoir eu d'enfant, c'est mon plus grand regret. C'est quelque chose qui me suit, qui a eu une incidence sur ma vie entière. C'est pour cela que les jeunes, je leur dis : il faut être maman jeune. Moi, je n'ai pas rencontré quelqu'un qui ait envie d'avoir des enfants avec moi ou que j'ai eu envie d'avoir des enfants avec lui. Et là où j'ai pris conscience de l'âge, du vieillissement c'est quand je me suis rendu compte que c'était fini (Sandrine 55 ans, périménopause).*

Pour deux autres femmes qui ont fait l'expérience d'une ménopause chirurgicale, l'arrêt brutal des menstruations semble avoir menacé leur identité féminine. Cette expérience est aussi sans doute plus douloureuse parce qu'elle intervient plus jeune (35, 44 et 46 ans), de manière soudaine et qu'elle est associée à un problème de santé (la découverte d'un fibrome). Celui-ci implique une intervention chirurgicale qui prive les femmes de leur utérus. Ce geste dont la portée symbolique est importante semble plus mal vécu par les femmes qui n'ont pas été associées au processus décisionnel entourant l'intervention (Brouillette, 1985) :

*K : Là, je l'ai vécu mal. De ne plus avoir les règles, je vous assure. Ah, oui, d'un seul coup. Oui, je l'ai vécu mal. J'en parle jamais. C'est à vous que j'en parle comme ça. Même tellement que vous voyez j'ai ... (a les larmes aux yeux). Le docteur m'a envoyé chez le psychiatre, il m'a dit mais il faut en parler.[...] J'avais l'impression d'être malade. Si on m'avait expliqué, on va vous enlever l'utérus, vous n'aurez plus les règles, mais non, du jour au lendemain. Tac. Ah, oui, j'en ai souffert. Même chez mon psychologue, je n'en parlais pas.*

*I : Et les règles pour vous, ça voulait dire quoi ?*

*K : Ça fait partie... de la femme. Voilà. Oui, ça fait partie de la femme. Et puis je me suis dit : Purée, même malgré que j'avais 46 ans, ah, tu n'auras plus jamais de gosses ! On m'a enlevé l'utérus. Tu n'en auras plus jamais ! (Karine, 58 ans, ménopause chirurgicale 46 ans).*

Si la fin de la fécondité ne semble pas véritablement douloureuse pour la plupart des femmes, sept d'entre elles soulignent toutefois que l'arrêt des menstruations marque la fin d'un cycle

et constitue une « *modification irréversible* », entraînant une prise de conscience du temps qui passe. Alice explique ainsi que l'arrêt des règles signifiait « *quand même le fait qu'une page était définitivement tournée, un pas vers la vieillesse* ». Ces femmes se montrent assez ambivalentes à l'égard de ce phénomène qui est à la fois envisagé sur le plan pratique comme un gain mais aussi comme la fin de la jeunesse. Elles n'ont toutefois pas le sentiment de basculer dans la vieillesse, mais plutôt de se trouver dans une période intermédiaire, assez difficile à qualifier, située avant la « grande-vieillesse ». Celle-ci débute selon les femmes entre 60 et 80 ans et reste très fortement associée au risque de perte d'autonomie, notamment psychique et cognitive.

- La fin d'un rythme et d'un équilibre

Les références au modèle humoral sont assez rares au sein de notre échantillon ; seules trois femmes l'ont évoqué. L'arrêt des règles auxquelles elles attribuaient un pouvoir régénérant ou équilibrant est ainsi envisagé comme l'une des explications des troubles qu'elles constatent. Deux d'entre elles font également référence aux règles comme structurant le temps, donnant un rythme, qui lorsqu'il est interrompu les laisse un peu perplexes :

*Alors quand même quand ça (les règles) s'arrête, c'est un peu drôle. C'est pas que ça manque, enfin.... Au début, on se sent pas très bien non plus...Et pourtant les règles, il y a rien de très marrant là dedans. Mais curieusement, ça manque un peu, au début ...Euh... moi, j'avais toujours entendu dire que les femmes vivaient plus longtemps parce qu'elles avaient leurs règles. Parce que le sang se régénère. Je ne sais pas si c'est pour ça... (Pauline, 58 ans, ménopause 52 ans)*

## 4.1.2 Les conséquences de la ménopause

### 4.1.2.1 L'effet sur la santé

#### - La référence à la santé

Lorsque nous avons interrogé les femmes sur la façon dont elles vivaient ou avaient vécu leur ménopause, la plupart évoquaient les problèmes de santé qui sont généralement associés à la ménopause, soit les bouffées de chaleur, la fatigue, les hémorragies, les migraines, les troubles psychologiques, les douleurs articulaires, et dans une moindre mesure, la sécheresse vaginale (celle-ci est toutefois moins souvent mentionnée sans doute du fait de son caractère plus intime). Les femmes expliquaient alors qu'elles avaient ou non fait l'expérience de ces transformations qui sont désignées par différents termes, certains renvoyant plutôt à l'inconfort (« *désagréments* », « *inconvenients* », « *trucs* »), d'autres à une symptomatologie imprécise (« *petites pathologies* », « *problèmes féminins* », « *troubles* »), et d'autres encore à la maladie (« *syntômes* », « *mal* »).

Plusieurs femmes précisent que la ménopause ne les touche pas toutes de la même façon (« *aucune femme n'est la même face à ce problème* », « *il n'y a pas deux ménopauses qui sont pareilles* »), marquant ainsi une certaine distance vis à vis du modèle biomédical qui tend à généraliser à l'ensemble des femmes l'expérience d'une ménopause difficile. Plus de la moitié (15/26) décrivent des inconforts limités : quelques bouffées de chaleur, un peu de fatigue qui n'est d'ailleurs pas uniquement attribuée à la ménopause :

*Peut-être que j'étais plus fatiguée, mais est-ce que c'était lié à la ménopause ? Moi, je disais, si, ça doit être lié mais c'est parce qu'on le sait. Mais quand on a des soucis, des choses à régler et moi j'en avais avec mon fils, donc c'était peut-être plus ce problème là que lié à la ménopause mais peut-être aussi. (Myriam, 58 ans, ménopause 48 ans)*

D'autres présentent au contraire la ménopause comme une période « *difficile* », « *pénible* », « *désagréable* », voire même « *un tournant* », « *une véritable catastrophe* », « *un bouleversement sur le plan physique et biologique* ». Quelques unes considèrent que les

troubles de la ménopause sont inhérents à la trajectoire de santé des femmes : « *on a toutes une période à passer* »; « *ces inconvénients normalement liés au destin des femmes* ».

Les manifestations somatiques qui accompagnent la ménopause et auxquelles les femmes attribuent une origine hormonale, s'inscrivent essentiellement dans un modèle endogène, le caractère individuel de la ménopause étant très marqué. Plusieurs femmes font d'ailleurs référence au patrimoine génétique de leur mère pour expliquer l'intensité ou au contraire la quasi absence de troubles du climatère mais aussi l'âge de la survenue de la ménopause. Toutefois, si le modèle endogène domine, certaines femmes considèrent aussi que leur expérience de la ménopause, et notamment les épisodes dépressifs qu'elles traversent, sont à mettre en relation avec d'autres événements qui se sont produits dans la sphère privée ou professionnelle. Elles jugent que ceux-ci ont amplifié l'impact de la ménopause, ce qui correspond à une prise en compte de facteurs exogènes (Herzlich, 1992 ; Laplantine, 1986).

La durée pendant laquelle les femmes se sentent « en ménopause » varie beaucoup d'une personne à l'autre. Parmi celles qui considèrent la ménopause comme une période difficile, plusieurs décrivent des troubles qui se sont étalés sur plus d'une année (jusqu'à 7 ans) et perdurent encore. Certaines femmes rapportent des transformations progressives, expliquant qu'elles ne les ont pas immédiatement « reconnues » comme des signes de la ménopause :

*[...] ça vient très doucement, c'est pas quelque chose qui vient du jour au lendemain. Donc parfois, il y a des états... Avant qu'on se rende compte que ça ne va pas, ça fait déjà peut-être un bon moment que ça ne va pas (Emma 56 ans, ménopause 46 ans)*

D'autres, notamment parmi les femmes qui jugent cette période très difficile, considèrent au contraire que les problèmes de santé associés à la ménopause sont apparus de manière assez soudaine :

*Ah, oui, c'est très net. [les transformations] sont apparues deux ou trois mois après l'arrêt des règles. J'avais bien depuis quelques années une déprime et une fatigue, souvent fatiguée, mais c'était gérable et surtout, c'était bien moins important, en intensité. (Alice, 53 ans, ménopause 48 ans)*

Globalement, les manifestations corporelles et les problèmes de santé que rapportent les femmes renvoient à quatre conceptions du corps ménopausé, qui ne sont pas exclusives et sur lesquelles celles-ci insistent plus ou moins : le corps en ébullition, le corps à risque, le corps en souffrance et le corps en perte d'énergie et de performance.

- Le corps en ébullition

Cette image du « corps en ébullition » fait référence aux bouffées de chaleur et aux sueurs nocturnes, troubles les plus fréquemment associés par les femmes, mais aussi par la littérature grand-public, à la ménopause. Les saignements plus intenses qui accompagnent les menstruations pendant la pré-ménopause peuvent également être regroupés dans cette catégorie de manifestations corporelles dont la particularité est de mettre en scène des fluides chauds, qui jaillissent et sont perceptibles pour autrui. En effet, les troubles vasomoteurs étiquettent la femme ménopausée dans la sphère publique et professionnelle :

*[...] les bouffées de chaleurs [...], ça fait sept ans et j'en ai toujours. Et l'été, il faut que je m'éponge. Ma patronne, elle me disait, ben alors, Louise, qu'est-ce que vous avez ? Je lui disais : c'est les bouffées de chaleurs. Et puis alors vous êtes cramoisie ! (Louise, 56 ans, ménopause chirurgicale 49 ans)*

La transpiration qui accompagne les bouffées de chaleur constitue également un inconfort personnel et perturbe l'intimité, exposant l'autre à des odeurs corporelles jugées désagréables :

*Les sueurs nocturnes, c'est horrible. D'abord, parce que c'est désagréable de transpirer. J'ai jamais transpiré de ma vie, même pas à 45 degrés à l'ombre, je ne transpire pas. Ben là, depuis presque un an, je transpire toutes les nuits. Enfin là, j'ai trouvé un moyen pour moins transpirer mais c'est désagréable de se réveiller avec le pyjama mouillé et puis on a l'impression qu'on ne sent pas très bon. C'est ça surtout qui est désagréable, de donner à l'autre une image, mais une partie de soi qui n'est pas une odeur agréable. (Sandrine 55 ans, Péri-ménopause)*

Le regard d'autrui est important pour expliquer ce que représentent les bouffées de chaleur pour les femmes. Il conduit celles-ci à se changer plusieurs fois dans la journée et à adapter leurs pratiques de gestion de l'apparence (ne pas appliquer de maquillage pour éviter qu'il ne

coule, prévoir un type de vêtement particulier qui permettra de mieux gérer les variations de la température interne et de masquer la transpiration). Hors du contexte sportif où elle reste légitime, la transpiration renvoie à l'image de quelqu'un qui n'est pas propre mais aussi qui est malade, tant la frontière entre le sain et le malsain semble fragile (Vigarello, 1993). De plus, avec ces sueurs et cette rougeur soudaines, c'est la « façade personnelle » (Goffman, 1973) qui se dérobe. Une des femmes rencontrée préfère d'ailleurs nous prévenir : « *vous allez le voir, de temps en temps, je rosis* ». De plus, bien que ces bouffées de chaleur possèdent un caractère peu prévisible, elles sont souvent associées à des situations de stress (lorsque les femmes sont pressées, énervées ou irritées). Elles témoignent ainsi d'une perte de contrôle sur le corps et les émotions et sont interprétées sous l'angle du débordement. La gestuelle de Karine qui décrit l'expérience des bouffées de chaleur évoque ainsi un liquide en ébullition :

*[...] ça monte, ça monte et pffffff ...on a des bouffées de chaleur, des palpitations, des sueurs froides, oh... et puis je me sentais vraiment pas bien. Là pendant une minute, j'étais vraiment mal.*

A l'inverse, les femmes qui jugent que leurs bouffées ne se voient pas, parce qu'il n'y a pas de transpiration ou de rougeur excessives, semblent considérer qu'elles sont moins problématiques. Elles parlent simplement de « chaud » et de « froid » :

*Je n'ai pas eu...à part quelques bouffées de chaleur mais qui se voyaient même pas alors! Le problème, enfin, c'était même pas un problème, j'avais chaud. Alors en plein hiver, j'ai mis le chauffage que presque arrivé au mois de décembre. Bon, j'ai réalisé que peut être quand même les enfants avaient besoin et puis la maison risquait de s'abîmer. Mais autrement, ça s'est très bien passé. (Myriam 58 ans, ménopause 48 ans)*

Les saignements qu'évoquent plusieurs femmes en pré-ménopause sont également décrits sous l'angle du liquide en ébullition. Brigitte précise que ses hémorragies se produisaient souvent dans des situations où elle n'était pas chez elle, impliquant que les amis qui la recevaient étaient mobilisés pour trouver une solution. Là encore, on retrouve cette image de corps sous pression entraînant la libération soudaine et massive d'un fluide corporel :

*C'est vrai que j'ai eu des périodes avec des hémorragies. Comme une fois, j'étais à la campagne, j'avais mis un tampax. Mon tampax est parti comme une fusée et on a failli me rapatrier mais on a pu me faire une piqûre, ça s'est calmé. Non, à cette époque là, c'était ça la crainte : les hémorragies [...] surtout que ça se passait quand je n'étais pas chez moi, quand j'étais en déplacement et que j'étais à la campagne. Alors il fallait trouver un toubib, trouver des médicaments, parce que ce tampax qui est parti comme une fusée, ohhhhh mais c'était comme un robinet qui coulait. (rires), le sang, (rires). (Brigitte, 59 ans, ménopause 55 ans)*

Cette image du corps en ébullition nous semble s'inscrire dans la continuité du modèle humoral de la ménopause, qui insiste sur la rétention des règles dans l'utérus, faisant du corps ménopausé un corps particulièrement chaud et sous pression.

- Le corps à risque

La notion de corps à risque renvoie très clairement au modèle biomédical selon lequel l'arrêt de la production ovarienne entraîne un risque de pathologies à court et moyen termes. A long terme, les pathologies mentionnées sont les problèmes cardiovasculaires (1), la perte de mémoire (2), et surtout l'ostéoporose. Douze femmes en parlent évoquant l'image de la femme qui se casse parce que ses os sont devenus « *comme du verre* », fragiles et transparents. Toutefois, ce risque reste largement individualisé, c'est un héritage. Le patrimoine génétique est ainsi souvent invoqué pour justifier la mise en route ou, au contraire, le non recours au traitement hormonal. Camille qui n'a pas pris de traitement justifie ainsi sa décision :

*I : Est-ce qu'on vous a conseillé un traitement hormonal de substitution ?*

*C : Oui. Mais je n'en prends pas. Je n'ai pas voulu.*

*I : Qu'est-ce qui a motivé votre décision ?*

*C : Le patrimoine génétique de ma mère qui n'a pas eu de traitement substitutif et qui à 93 ans a encore toutes ses dents, ne s'est jamais rien cassé et est quand même en très bonne forme. Et bon, il semble quand même que l'hérédité joue un rôle important. (Camille, 55 ans, ménopause 53 ans)*

Deux femmes mentionnent également des pathologies chroniques comme l'hypertension artérielle ou le cholestérol dont la survenue est spécifiquement attribuée à la variation

hormonale. La prise de conscience de ces pathologies silencieuses car dépourvues de symptômes (du moins dans les stades précoces) se réalise au travers d'analyses biologiques :

*[...] moi j'ai quand même eu des ennuis d'hypertension que je n'ai jamais eus avant. J'ai toujours eu une petite tension et je suis allée chez le gynéco il y a 2 ans. Elle me prend la tension, elle me dit : vous avez 16/8, c'est une tension due à la ménopause. C'est fini, j'ai été sous bêta-bloquants longtemps, et voilà... Donc, il y a quand même tout un tas de choses qui ne vont plus et pour lesquelles on ne peut rien, je veux dire, l'hypertension....C'est dû à toute une vie où vous avez été très stressée, je suis quand même quelqu'un de très stressé et ça ne s'est jamais vu et puis à un moment donné, quand les tendances s'inversent, quand les hormones, c'est fini, c'est définitif, c'est irréversible. (Camille, 55 ans, ménopause 53 ans).*

La maladie devient toutefois très concrète parce qu'elle impose la mise en route d'une thérapeutique qui agit comme « marqueur » de la vieillesse (Caradec, 1998) et entraîne une dépendance à vie : « *Mais enfin, c'est ta vie, vous êtes obligé de prendre toutes sortes de médicaments. C'est pas bien. C'est contraignant tout de même. Il faut s'y faire* ». Le recours au médicament peut de plus entraîner des effets secondaires qui eux, sont clairement ressentis et ajoutent à la contrainte :

*Donc on m'a mis sous X (nom du médicament pour le cholestérol que nous n'avons pas saisi) qui paraît-il est très efficace mais qui a beaucoup d'effets secondaires. En particulier la fonte musculaire. Parce que j'ai fait beaucoup de sport et j'aime bien sentir mon corps, mon squelette, mes muscles. Donc, là, j'ai plus de bras (Mathilde, 54 ans, ménopause 52 ans)*

- Le corps en souffrance

Pour plusieurs femmes (9), la variation de la production ovarienne marque une rupture dans la trajectoire santé, entraînant un sentiment de malaise physique, l'apparition de « *petites pathologies* » et pour certaines, de problèmes de santé jugés plus sérieux, qui font du corps ménopausé un corps en souffrance :

*Ca a été un tournant [...] je crois qu'il y a des choses qui se sont détraquées au point de vue physique [...] j'ai arrêté la pilule, j'ai eu une phlébite, et j'ai eu une hémorragie, j'ai un fibrome qui traîne, et voilà, je pouvais plus faire ce que je voulais et on fait avec [...]*

*être très malade tous les mois, pendant 5 jours. J'ai passé une nuit, à la clinique parce que j'avais des palpitations, j'étais anémiée. (Geneviève, 56 ans, péri-ménopause).*

*Les bouffées de chaleur, le sommeil, il y a une histoire de sommeil aussi, on a le sommeil qui est coupé alors qu'avant on dormait très bien. Euh...les règles qui sont pas...vous les avez telle période et tout d'un coup vous en avez plus. Et la fatigue aussi. On est très, très fatigué. Et la poitrine, c'est pire que quand on est enceinte, ça fait mal ! Tout un tas de petits trucs comme ça. (Paule, 53 ans, ménopause 49 ans)*

Ces transformations ont surpris plusieurs des femmes, le corps envoyant alors des messages que celles-ci ne savent pas toujours interpréter :

*Moi je l'ai vécu, l'arrivée de la ménopause, je l'ai vécu comme une adolescence inversée. Aussi désagréablement. Avec un corps qui a des réactions qu'on ne comprend pas. C'est étonnant, c'est très désagréable. (Agnès 55 ans, ménopause 49 ans)*

*La ménopause pour une femme, c'est, oh, c'est terrifiant, j'aurais jamais pensé que ça puisse faire des ravages (Louise, 56 ans, ménopause chirurgicale 49 ans)*

Elles limitent ces femmes dans leurs activités et dans leurs projets, les plaçant sous la dépendance provisoire du corps. Celles-ci attendent alors avec impatience que leurs troubles s'arrêtent mais témoignent de leur difficulté à anticiper la fin de cet événement. Le récit de la ménopause reste « inachevé » (Good, 1998) :

*Ca dure très longtemps chez moi. Je ne sais pas pourquoi ça dure si longtemps. Et je suis toujours en pré-ménopause. [...] En ce moment je suis en plein dedans et il me tarde que tout soit fini et que ce soit terminé !! [...] Il n'y a pas de règle avec ça. Elle (ma gynécologue) me dit : il faut attendre. Elle me dit : vous me direz quand vous serez restée 3 mois sans règles. Vous m'en parlerez. Mais c'est pas parce que vous sautez 1 mois, 2 mois, non il faut attendre. Et j'ai hâte que ce soit terminé. D'abord parce que je souffre beaucoup. J'ai très mal au ventre. J'ai mal à la tête. Bon quand ce sera fini....ça ira mieux. (Sandrine, 55 ans, péri-ménopause).*

*Je me sens pas très bien avec la ménopause, depuis 7 ans, et je ne sais pas combien de temps ça va durer encore. Il paraît que ça peut durer jusqu'à 10 ans, ben j'ai hâte que ça soit fini, je vous le dis. Mais on peut pas savoir quand ce sera, on ne peut pas. (Louise, 56 ans, ménopause chirurgicale 49 ans)*

D'autres femmes (4) témoignent de problèmes chroniques, de douleurs dans les articulations, d'une fatigue « *qui s'installe* », dont elles prennent conscience au moment de la ménopause sans toutefois les attribuer spécialement à la variation hormonale :

*Je crois que à cet âge là, qu'il y a des phénomènes...tout ce qu'on n'a pas ressenti quand on était jeune, on commence à le sentir, des rhumatismes. Des choses qui s'installent. Par exemple, moi, j'ai des problèmes, j'ai des vertèbres là qui me font souffrir. J'en tenais pas compte avant. Mais maintenant, oui, je le ressens et je suis obligée de composer plus avec. (Paule, 53 ans, ménopause 49 ans)*

*[...] je dirais que jusqu'à il y a peu de temps, on était très copains, mon corps et moi et puis maintenant, je sens tout de même des petites trahisons !! (rires) [...] Je pense que c'est du fait d'avoir une grossesse tardive (a eu son enfant à 40 ans) et je n'ai jamais réussi à rétablir l'équilibre comme avant. Et les petites trahisons ont commencé à ce moment là. Et puis après il y a eu la ménopause qui n'est pas marrante, pas marrante du tout. [...] Donc, euh, c'est ça que j'appelle les petites trahisons, c'est les petits malaises, les petits machins. Alors que c'est vrai que pendant 40 ans à part un rhume de temps en temps, il ne s'est jamais rien passé. [...] Tout d'un coup, on passe moins facilement à travers les choses, on se fatigue, on doit récupérer... On se rend compte que pendant des années on s'est cru immortel et puis tout d'un coup, le corps ne répond plus tout à fait comme avant.. C'est sûr que ça surprend...c'est ce que j'appelle les trahisons du corps... [...] Je veux dire, je ne sens pas comme une épée de Damoclès au dessus de ma tête mais, je ne suis plus dans la logique où j'étais à 40 ans, où je me sentais immortelle. Maintenant, je me sens dans une situation intermédiaire. (Agnès, 55 ans, ménopause, 49 ans)*

La ménopause participe ainsi de la prise de conscience du processus de vieillissement (« *l'âge plus la ménopause, ça fait des dégâts* ») et souvent le révèle. Ces transformations corporelles rendent le corps plus présent, parfois presque étrange (c'est la notion de « *trahison* »), donnant au sujet le sentiment d'un contrôle réduit sur son corps.

- Un corps en perte d'énergie et une baisse de la performance

Plusieurs femmes rapportent un sentiment de fatigue, qui dans certains cas semble très intense : « *on n'avance plus* ». Certaines (9) jugent que celui-ci impacte sur leurs activités, notamment l'activité professionnelle. Pour quelques unes (3), cette fatigue conduit à revoir les priorités et occasionne un désintérêt du travail. D'autres (3) mettent plus spécifiquement

l'accent sur la baisse de performance dont elles se sentent coupables. C'est le cas de Pauline qui raconte sa difficulté à faire face à sa charge de travail pendant la péri-ménopause :

*On est crevé d'abord et puis des coups de fatigue, on fonctionne vraiment au ralenti. Et puis, à ce moment là, j'avais quelques problèmes au travail, alors ça avait pas arrangé les choses. J'y arrivais plus. Et puis ici, ça travaille. C'est une boîte où on travaille. Notre patron, il est très exigeant avec lui même mais avec ses employés aussi. Alors là, c'était une catastrophe. J'arrivais à la maison, j'allais me coucher. Et puis au moment des règles, c'était le pire parce qu'elles étaient très abondantes et c'est pas facile à gérer. Alors j'étais encore plus fatiguée. (Pauline, 58 ans, ménopause 52 ans)*

Deux femmes de catégorie populaire, qui occupent des postes exigeants sur le plan physique (femme de ménage et aide à domicile), considèrent que la fatigue qui se manifeste au moment de la ménopause est surtout le produit de l'usure du corps. Elle est alors accueillie de manière ambivalente. Elle légitime l'arrêt futur d'un travail jugé pénible et le repos bien mérité, mais constitue aussi une menace, l'incapacité de poursuivre le travail pouvant signifier une baisse importante du revenu. Ces femmes qui ont enchaîné des périodes de travail et d'interruption, envisagent ainsi de repousser les limites du corps, appréhendé de manière instrumentale, pour atteindre une retraite suffisante :

*Moi, je suis plein de douleurs, de trucs, assez spécial qui font que je continue à travailler mais c'est très dur, très, très dur. Mais il faut. Ca s'arrête à 60 ans il paraît et encore, pas pour tout le monde, il y en a, ça s'arrête à 65. Oh....Je vous cache pas que je ne pense pas quand même que je vais attendre jusqu'à 60 ans. Parce que j'ai du mal déjà. Je fais des ménages, c'est très physique. Si je peux tenir un an avec des cachets, si je peux tenir debout, je le ferai mais physiquement c'est très dur. (Louise, 56 ans, ménopause chirurgicale 49 ans)*

#### 4.1.2.2 Le contrôle des émotions : détresse ou libération de la parole ?

Les femmes sont nombreuses à considérer que la ménopause peut entraîner une modification de l'humeur, soit qu'elles sont plus déprimées ou plus irritables. Six femmes insistent sur le fait que la ménopause entraîne des troubles dépressifs dont cinq ont effectivement fait l'expérience. Trois de ces femmes associent toutefois ces périodes de dépression à d'autres

événements de leur trajectoire qu'elles ont jugés difficiles (maladie d'un enfant, hystérectomie, difficulté au travail) :

*[...] moi j'ai eu une dépression, il y a quelques années, en début de vous savez la ménopause, ça vous cause des, c'est une véritable catastrophe. La ménopause pour une femme, c'est, oh, c'est terrifiant, j'aurais jamais pensé que ça puisse faire des ravages. Et j'ai eu cette dépression, j'ai cru que ça y est... J'ai dit c'est pas possible, qu'est-ce qui m'arrive [...] Et en fait c'était un trop plein que j'ai eu. J'ai mon fils qui a la maladie de Crohn et à cette époque là quand je l'ai su, j'ai gardé ça et pas mal de trucs que je gardais et puis là, et puis les hormones qui jouent leur rôle... (Louise, 56 ans, ménopause chirurgicale 49 ans).*

*[La ménopause] je l'ai vécue mal. [...] C'était au moment où je m'étais retrouvé au chômage. On quittait X, la boîte fermait. Ah, oui, oui les deux choses là, ça faisait trop. (Karine, 58 ans, ménopause chirurgicale, 46 ans)*

Deux femmes témoignent également d'événements difficiles dans leur trajectoire (difficultés relationnelles avec le parent âgé qu'il faut aider, perte de l'emploi) mais ne font pas de lien entre ces événements et les épisodes dépressifs qu'elles rencontrent à la ménopause.

D'autres femmes témoignent plutôt d'un sentiment d'irritabilité ou évoquent la libération d'une colère, d'une parole non maîtrisée. Celle-ci peut être jugée négativement comme c'est le cas pour Pauline qui vient d'arrêter son traitement hormonal sous recommandation de son médecin et se sent très coupable de ne plus se maîtriser :

*P : Je me sens pas sûre de moi. Je suis fatiguée de nouveau et surtout irritable. Ma mère, mais je lui raccroche au nez des fois quand elle m'appelle au travail. Jamais j'aurais fait ça. Je lui dis : maman, je travaille, appelle moi ce soir, ça peut attendre.*

*I : Et comment vous le vivez ?*

*P : Ça me fait pas trop plaisir. Il y a des jours je lui dis ses quatre vérités et Pierre (son conjoint) il n'en revient pas. Il m'entend des jours au téléphone, il ne le croit pas. Mais ça me fait pas du bien tout ça. Parce qu'après je me sens coupable, je sais plus quoi faire pour réparer. Jusqu'à la prochaine crise, parce que vraiment, elle exagère et ça je n'en peux plus. Elle est difficile, mon Dieu qu'elle peut être difficile ! (Pauline, 58 ans, ménopause 52 ans)*

Pour ces femmes, cette agressivité qui renvoie à l'image de la « vieille acariâtre », est aussi associée à un sentiment dépressif :

*A : [depuis que je prends un THS], je ne me sens pas reléguée au rang de vieille femme ménopausée comme à une époque on avait l'habitude de penser à cause de l'agressivité qu'on ressent à cette période et de tout ce que ça entraîne.*

*I : Vous vous sentiez plus agressive ?*

*A : Surtout plus dépressive, mais c'est lié, quand on se sent mal, on est plus agressif, on est plus fermé sur les autres. (Alice 53 ans, ménopause 48 ans)*

D'autres femmes n'appréhendent pas la modification de l'humeur comme un problème de santé mais jugent au contraire que cette libération de la parole leur a été bénéfique, même si elle est un peu surprenante. Celle-ci est alors envisagée comme un instrument qu'elles ont mis à profit pour se défaire de certaines contraintes sociales, notamment pour échapper à l'image d'une féminité douce et conciliante, et prendre de la distance vis à vis de modèles corporels jugés trop contraignants. Ces femmes aspirent alors à s'écouter, à s'affirmer comme elles sont et à profiter plus intensément de la vie.

#### 4.1.2.3 La transformation de l'image du corps

Les participantes sont très nombreuses à témoigner d'une transformation de leur image corporelle au moment de la ménopause. Pour la plupart de ces femmes qui ne sont pas atteintes de maladies graves, celle-ci est essentiellement liée à la prise de poids, à l'évolution des formes, au relâchement cutané, à l'apparition des rides, mais aussi à l'apparition de douleurs et de dysfonctionnements chroniques. En ce qui concerne l'apparence, les modifications qui sont associées à la ménopause concernent le poids et la peau comme l'a également noté Delanoë (2001).

##### - Le corps qui gonfle : la fin de la silhouette de la jeunesse

La prise de poids constitue la transformation la plus souvent mentionnée (21/26) et la plus souvent associée à la ménopause. Si une minorité de femmes témoigne d'une non variation du poids (4), les autres déclarent une prise de poids allant de 2 à 20 kilos, dont elles ne sont pas satisfaites et qu'elles attribuent clairement à la ménopause :

*C'est vrai qu'avec la ménopause, on prend 10 kilos facilement sans modifier l'alimentation. Je veux dire sans que, sans ...rien, sans bouger quoi que ce soit. Lorsque j'étais plus jeune, que je voyais des femmes qui étaient ménopausées, mais alors c'est vrai que je les revoyais et je me disais : mon Dieu, mais qu'est-ce qu'elle a changé cette dame et elle me disait, mais j'ai pris 15 kilos !! C'est pas possible, elle doit manger comme... Non, ce n'est pas vrai, c'est hormonal et voilà. (Camille, 55 ans, ménopause 53 ans)*

Cette préoccupation à l'égard du poids est récente pour certaines femmes (6) mais pour la majorité (15), elle semble avoir été toujours présente au cours de l'existence. Toutefois, celles-ci insistent sur le fait qu'à la ménopause, la prise de poids est différente parce que la surcharge pondérale se répartit différemment. La plupart des femmes se plaignent notamment du ventre qui est plus bombé et qui gonfle et dégonfle tout au long de la journée (une des femmes émet l'hypothèse que ces variations seraient occasionnées par une digestion devenue plus difficile avec la ménopause, sans doute une référence au modèle humoral) :

*Ah ben mon Dieu, moi j'ai beaucoup grossi avec la ménopause et on est vraiment, pfiu, déformée ! je ne sais pas moi, des surcharges qui vont se loger à des endroits où jamais même si on a été jeune, un peu replet, jamais. Moi, l'estomac, jamais. J'avais un estomac qui était plat même si j'ai eu quelques kilos de trop. Mais là, c'est horrible ! (Camille, 55 ans, ménopause 53 ans)*

*Je m'en fous de mes rides mais alors le ventre, j'en fais une obsession, je ne sais pas. Je ne sais pas comment sont les copines, mais je sais qu'il y en a c'est pareil. Alors, on porte toutes des ...pas des blouses, mais on met quelque chose qui cache parce que on gonfle et on dégonfle. Et ça, j'ai toujours entendu les femmes le dire. (Paule, 53 ans, ménopause 49 ans)*

*I : Qu'est-ce que vous avez remarqué comme changements liés à la ménopause ?*

*L : Ben le poids, déjà. Je suis quand même passé d'une taille 40 à une taille 46. Je mettais des petites jupes droites et puis un jour, j'ai commencé que je pouvais plus la fermer.*

*I : Et c'était rapide cette prise de poids ?*

*L : Oh, oui, à la ménopause, là je me suis mise à gonfler. Bon évidemment, en fin de journée, on se sent toujours plus gonflé mais là, non c'était autre chose. (Louise, 56 ans, ménopause chirurgicale 49 ans)*

Plusieurs femmes jugent cette accumulation de poids inquiétante parce que les moyens habituels ne sont plus efficaces ; certaines craignent que « les choses dérapent ». La prise de poids renvoie ainsi pour la plupart des femmes à l'image d'un corps que l'on ne maîtrise plus comme avant :

*I : C'est quand que vous aviez grossi ?*

*A : A la ménopause...qui a fait que j'ai pris des kilos et ça partait pas facilement. Quand vous êtes jeune vous limitez un peu et là, ça repart mais à la cinquantaine là, ça repart plus comme ça.*

*I : Vous aviez l'habitude de faire attention à votre poids ?*

*A : J'ai toujours fait attention. Toujours.*

*I : Et là ?*

*A : Là ça ne suffisait plus. (Agnès, 55 ans, ménopause 49 ans)*

*S : Oui, je voudrais maigrir un petit peu mais c'est très difficile, on ne maigrir pas comme cela à 55 ans. Alors je fais un peu attention. Je ne change pas grand chose mais je fais attention.*

*I : Et au cours de votre vie, est-ce que le poids vous préoccupait ?*

*S : Non, j'avais pas de souci de ce côté là. Si je prenais 1 ou 2 kilos, je le reperdais dans les 2 jours qui suivaient. Un excès était tout de suite réabsorbé. Non, je n'ai pas eu de gros soucis de ce côté là. Alors que maintenant je ne rentre plus dans rien (Sandrine, 55 ans, péri-ménopause)*

Pour toutes les femmes, la prise de poids est clairement associée au vieillissement, au fait d'une silhouette, d'une allure « *qui n'est plus une allure jeune* », d'un corps de femme ménopausée : « *10 kilos sont des soucis de femmes en pré-ménopause* ». Garder la ligne permet au contraire de s'inscrire dans la continuité « *de se maintenir* », « *d'avoir une silhouette qui se rapproche de ce que l'on a été* ».

Plusieurs femmes soulignent que la prise de poids témoigne d'un manque de discipline. Elle donne l'image de quelqu'un qui ne sait pas réguler son appétit, qui manque de contrôle : « *J'ai peut-être pas la volonté de faire ce qu'il faudrait pour retrouver un corps d'il y a quelques années* », « *10 kilos de trop et je me dis, il faudrait quand même que je fasse quelque chose* », « *je devrais quand même faire un effort. Mais l'effort j'y arrive pas pour l'instant* », « *je me suis laissée débordée* ». La prise de poids est aussi envisagée comme un problème de santé aggravant les douleurs articulaires et de dos, entraînant des problèmes de mobilité et projetant dans un avenir de dépendance : « *Quand on est plus lourd, on se déplace plus difficilement. Déjà quand on est tout seul, c'est pas facile de vieillir mais si en plus on a de la difficulté à se déplacer* » (Agnès, 55 ans)

La prise de conscience de l'évolution du poids est pour les femmes rencontrées plus souvent le fait d'un regard sur soi et ne renvoie pas spécifiquement à des modèles corporels mais plutôt à une norme personnelle : le « corps d'avant ». Quelques femmes font également référence aux canons de minceur ou au regard de l'autre qu'elles ont intériorisé, évoquant notamment l'image que renvoie la vitrine ou la cabine d'essayage :

*Je ne sais pas si les gens arrivent à être bien dans leur corps à un certain âge. Parce qu'avec tout ce que l'on vous montre à côté, comme top model et autre, comment voulez vous, même si vous êtes bien à 55 ans, comment voulez-vous être bien dans votre corps (Camille, 55 ans, ménopause 53 ans)*

Les femmes se réfèrent aussi souvent aux vêtements qui constituent des indicateurs de la prise de poids et de l'évolution des formes lorsqu'ils deviennent trop serrés ou inconfortables (« j'ai le tour de taille qui a changé. Je le vois à des vêtements, très simplement »), ou qu'ils ne sont plus seyants : « quand vous vous habillez il y a un bourrelet par là, il y a le ventre qui sort un peu, beaucoup ».

La prise de conscience du poids s'exprime aussi pour deux femmes dans le regard du conjoint, comme c'est le cas de Martine à qui celui-ci souligne lors d'un week-end à la plage : « tiens, tu as un petit peu de ventre que t'avais pas avant ». Toutefois, la plupart des femmes estiment que celui-ci est assez indifférent à leurs préoccupations à l'égard du poids. Quatre femmes rapportent même un discours plutôt rassurant de leur conjoint, qui contraste avec les propos très durs qu'elles formulent elles mêmes :

*[...] mon homme, il me trouve très belle. Des fois je dis : Regarde, j'ai un gros derrière, mais il aime les femmes bien en chair. Il me trouve belle. (Louise 56 ans, ménopause chirurgicale 49 ans)*

*Ben, j'ai de la chance, parce que quand j'ai commencé à grossir, mais c'est peut être lié à la ménopause, rires, mais j'ai trouvé un mari qui aime les femmes rondes. Que demander de plus ! (rires) (Maryse 56 ans, âge de la ménopause non déterminé)*

Pour plusieurs femmes (7) qui déclarent qu'elles ne se plaisent plus (« Je ne pouvais plus me voir », « Je ne me supportais pas » « je ne m'aimais plus »), cette prise de poids est douloureuse, met en péril le rapport narcissique au corps et peut les fragiliser dans leur

relation à autrui, notamment dans le registre de la séduction. Quelques unes déclarent se désinvestir d'activités où le corps est plus exposé (partir en voyage, se déshabiller dans une cabine d'essayage, se mettre en maillot à la plage), mais aussi de pratiques visant à mettre le corps en beauté :

*Comment voulez vous aller sur la plage à côté de cette jeune fille. C'est pas possible. Moi, je n'y vais plus. Depuis longtemps....sur la plage (rires) Ou si j'y vais, j'y vais habillée. Ah, ça alors ! Non, parce que, je ne peux pas. Et pourtant quand je vois des dames sur la plage, elles sont pas parfaites et ça ne me choque pas. Mais moi, je ne peux pas, sincèrement. Bon, ça va sur une plage à F si on est seul (moi et mon conjoint) mais sinon, avec mes enfants, alors là, je suis en pantalon, T-shirt, je m'enlève les chaussures....(Camille, 55 ans, ménopause 53 ans)*

*A : [...] c'était devenu. J'étais pas difforme mais j'avais des bras comme ça (me montre des bras gonflés), je m'étais jamais vue comme ça. Je pouvais pas mettre un décolleté sans manches. Je voulais même pas partir en vacances. Je voulais pas aller à la mer. Parce que je trouve quand même le physique c'est important.*

*I : Par rapport aux autres ?*

*A : Non pour soi. Pour soi. Et puis j'aime bien m'habiller. Etre correcte, je ne sais pas, je suis rarement en tenue de laisser aller. Ca ne me plaît pas. (Anne, 53 ans, ménopause 50 ans)*

Plusieurs femmes (11/20) bien qu'elles se disent insatisfaites de leur poids insistent toutefois sur le caractère « *inéluçtable* » de cette évolution qui a accompagné la ménopause. Toutes les répondantes, à l'exception de deux d'entre elles, témoignent par ailleurs d'une prise de distance vis à vis des idéaux corporels actuels, qui sont jugés excessifs notamment parce qu'ils mettent en scène des corps très jeunes et beaucoup trop maigres, soit une réalité qui ne peut leur correspondre. Louise souligne de plus qu'à la cinquantaine, l'extrême minceur renvoie aussi à la maladie et à la vieillesse :

*C'est vrai que je dis que j'ai grossi mais je voudrais pas revenir à mon poids d'avant. Non quand même. Quand je vois ces femmes toutes maigres, toutes marquées. Non, une femme qui vieillit, trop maigre, c'est pas beau. Ca fait encore plus vieux. (Louise, 56 ans, ménopause chirurgicale 49 ans)*

- Les « peaux qui tombent »

Plus de la moitié des femmes évoquent la transformation de la peau qui se relâche, laisse apparaître des rides et devient plus sensible. La majorité d'entre elles juge que les rides se sont accumulées de manière assez progressive : (« *elles ne sont pas venues en un jour!* »). Mais plusieurs estiment qu'elles se manifestent de façon plus évidente à la cinquantaine. Seules cinq femmes associent ces transformations de la peau à la ménopause. Trois d'entre elles précisent que la variation hormonale rend la peau plus sèche et plus fine (« *on marque un peu plus* »), et privilégient l'usage de crèmes anti-rides à base d'hormones.<sup>63</sup>

Plusieurs femmes (8) considèrent que les rides, qu'elles soient ou non associées à la ménopause projettent dans le vieillissement. La comparaison avec les autres permet toutefois de relativiser cette expérience :

*I : Ca vous préoccupe les rides ?*

*P : Ben si vous trouvez une femme qui trouve ça joli vous me le direz. Enfin, je travaille dans la cosmétique ! C'est un gros marché et c'est bien parce que les femmes voudraient s'en débarrasser !! Non ! Il me semble que c'est évident !*

*I : Ca fait combien de temps que ça vous dérange les rides ?*

*P : Oh, depuis la quarantaine, mais j'ai la peau assez épaisse alors pour les rides c'est un avantage. Ca ride moins !!*

*I : Et les femmes de votre âge, vos amies, comment elles la vivent leur cinquantaine ?*

*P : Ca dépend des femmes. J'ai une amie, elle est très jolie, elle est bien plus jeune, elle a 45, mais elle supporte pas une ride. Bon, elle en a presque autant que moi. [...] Qu'est-ce que vous voulez on peut pas arrêter le temps. Ca nous empêche pas de regarder les jeunes aux terrasses de café !*

*I : Et de les aborder ?*

*P : Non quand même mais on rigole, on est des vieilles (rires). (Pauline 58 ans, ménopause 52 ans)*

Pour d'autres (3), les rides sont la marque de la personnalité et témoignent des moments forts de l'existence, autant des joies que des souffrances, participant ainsi de la construction identitaire (Le Breton, 2003b) :

<sup>63</sup> On a vu se multiplier depuis une dizaine d'années des produits cosmétiques anti-rides à base d'hormones végétales, qui ciblent spécifiquement les « peaux ménopausées ».

*I : Et au niveau du visage, est-ce que les rides ça vous préoccupe ?*

*F : Euh, je ne sais pas. Parce que je mets une crème de soin bien sûr, j'allais dire comme tout le monde, mais ça me préoccupe moins parce que c'est l'expression du visage. C'est pas la peau des bras qui devient flasque. C'est pas pareil. C'est un signe de vieillissement mais c'est aussi la vie sur le visage (Agnès 55 ans, ménopause 49 ans)*

En effet, plus que les rides, c'est le relâchement cutané qui touche également le corps (bras, ventre, poitrine), qui semble plus préoccupant. Plusieurs femmes (10) témoignent de « *peaux en trop* », qu'elles désignent pendant l'entretien, saisissant entre leurs doigts ces « *excès de peau* » qu'elles voudraient supprimer au niveau du cou, des bras, des paupières, du bas du visage :

*On a la peau plus ridée bien sûr, encore que moi j'en ai pas trop des rides. Mais la peau, enfin c'est surtout la peau qui tombe. Des fois je me regarde dans la glace et je dis à mon mari, regarde j'ai la peau là (montre la peau sous le menton) regarde ça, j'en ai trop, ça tombe. (Viviane 54 ans, ménopause 45 ans)*

*Si il y a quelque chose que je regrette dans mon apparence physique, c'est le décolleté. On me disait très souvent que j'avais un joli décolleté. Ce qui gâte les choses c'est ce qui se passe là (elle attrape la peau de son cou). [...] les plis du cou. Vous voyez là. Là, c'est sûr ! il y a de la peau en trop. Il faudrait couper tout ça. (Martine 55 ans, ménopause 53 ans)*

Les termes utilisés pour décrire le relâchement cutané sont très chargés négativement et évoquent la « chute » et le « mou » : « *les peaux qui tombent* », « *le ramollissement des chairs* », « *la peau des bras qui devient flasque* », « *le flétrissement de la peau* », « *la peau qui s'affaisse* », « *les traits qui s'affaissent* ». Ils renvoient à l'image d'un corps qui ne se tient plus aussi bien :

*C'est tout qui se déforme. Entre les genoux et la taille, ça devient plus mou. Ca se tient pas bien (Delphine 54 ans, ménopause 46 ans)*

Martine qui semble très préoccupée par les plis qu'elle observe au niveau du cou et par la déformation de l'ovale de son visage explique que ces transformations sont apparues à la suite d'une dépression qu'elle attribue à un échec dans son nouvel emploi. Elle souligne aussi que ses « *plis* » résultent d'une prévention inadéquate de sa part :

*Ce que je sais c'est que j'aurais dû suivre les conseils d'une femme qui était kiné, et que j'avais rencontrée à un moment où j'ai fait une thalasso à Biarritz. C'était une femme extraordinaire qui faisait faire une gymnastique du visage. Et si tous les jours j'avais fait les mouvements qu'elle m'avait indiqués, je pense que mon visage n'en serait pas où il en est actuellement. (Martine 55 ans, ménopause 53 ans)*

Le relâchement cutané témoigne ainsi pour certaines femmes d'une indiscipline corporelle, d'une faillite morale, donnant l'image d'un sujet qui ne maîtrise plus autant son existence. Anzieu (1993), a montré que les fonctions du moi se développent chez l'enfant par étayage sur les fonctions de la peau. Or, l'une des fonctions symboliques de la peau est la maintenance, assurant la consistance du sujet, lui permettant de penser son corps dans la verticalité.

Les femmes expliquent aussi que le relâchement cutané « *déforme l'ovale du visage* », lui « *donne de l'amertume* », changeant son expression : le visage apparaît alors plus « *fermé* » et plus « *sévère* ». La peau qui s'offre au regard des autres, notamment au niveau du visage, véritable « *capitale du corps* » (Le Breton, 2003b) est ainsi appréhendée comme le reflet du caractère et de l'identité. Frontière entre l'individu et l'extérieur, cette peau « *surface du soi* » constitue sans doute l'élément corporel doté de la plus grande profondeur (Anzieu, 1993). Aussi, lorsque les peaux se détendent, la reconnaissance dans le miroir semble menacée. Les femmes témoignent ainsi d'un sentiment de décalage entre l'image qu'elles observent et leur ressenti intérieur qui lui n'a pas vieilli. La peau intervient alors comme une prison du moi, révélant un conflit entre le moi interne et le moi externe, comme l'a déjà souligné Hurd Clarke (2001) :

*E : le matin, je ne me reconnais pas dans la glace (rires). Donc j'envisage éventuellement de me faire faire un petit quelque chose sous les yeux*

*I : D'accord. Et ça fait combien de temps que vous avez ce sentiment ?*

*E : Oh une dizaine d'années, enfin, que je vois que c'est plus moi.*

*I : Et qu'est-ce qui vous dérange ?*

*E : Et bien le relâchement des peaux. Le nez qui devient très important et les dents qui s'abîment énormément. (Emma 56 ans, ménopause 46 ans)*

*Jamais, si ce n'est devant le miroir....non j'exagère, si je le sais quand je suis restée trop longtemps assise dans un fauteuil un peu bas tout le long de la journée, mais jamais je ne*

*me dis : ah tu as 56 ans bientôt. Jamais ! Ce n'est que lorsque je me vois : Ah !!! Mais c'est vrai tu as cet âge là, tu avais oublié. (Camille 55 ans, ménopause 53 ans)*

#### 4.1.2.4 La sexualité : une continuité parfois problématique

L'idée que la ménopause met fin à la sexualité ne s'est pas retrouvée souvent dans le discours des femmes même si la continuité de la sexualité semble plus problématique pour les femmes qui n'ont pas de conjoint. Les femmes n'associent pas non plus la fin de la fécondité à la fin de la sexualité, même si certaines évoquent cette relation :

*[...] au niveau rapport, sexuellement, il y a pas eu de changement. Il y a certaines femmes qui disent qu'avec la ménopause, qu'on est gâché, qu'il n'y a plus rien, ça non. (Karine 58 ans, ménopause chirurgicale 46 ans)*

Certaines femmes disent par contre avoir été confrontées au stéréotype selon lequel la sexualité ne devrait plus être une priorité à la ménopause, l'une chez son gynécologue et l'autre, à travers le regard de ses enfants qui considèrent avec surprise qu'elle recherche un compagnon à son âge :

*Je prenais la pilule jusqu'à assez tard et puis un beau jour, le médecin, c'était une femme que j'appréciais pas particulièrement. Elle avait l'air d'avoir un petit problème par rapport à ça. Et elle me dit, vous prenez la pilule ? il faudrait arrêter ça. J'ai décidé d'arrêter et au bout d'un mois je n'avais plus de règles. Elle me dit et bien vous êtes ménopausée. Je lui dis complètement ? il n'y a pas de péri-ménopause ? Elle me dit : Non ! vous êtes ménopausée. Et puis quelques temps après j'ai à nouveau mes règles, enfin j'avais des règles irrégulières, alors je retourne la voir, je lui demande ce que je devais faire, si je devais faire attention au niveau contraception. Alors elle me répond : pas de petits câlins ! (rires) J'ai trouvé ça un petit peu particulier. (Martine 55 ans, ménopause 53 ans)*

Parmi les femmes (5) qui constatent une variation de leur sexualité à la ménopause, la baisse de libido dont elles témoignent est interprétée comme la conséquence des troubles dont elles font l'expérience (hémorragies, fatigue, sécheresse vaginale et infections gynécologiques). Deux femmes qui ont eu une hystérectomie déclarent également qu'elles se sont senties « diminuées » et que la sexualité, suite à cette opération, était plus difficile.

Les autres femmes rapportent peu d'impact de la ménopause sur la sexualité. Celles qui vivent avec leur conjoint depuis plusieurs années (plus de 4 ans dans notre échantillon) décrivent une évolution de leur sexualité, caractérisée par un espacement (et une interruption pour deux femmes) des rapports mais cette modification semble très antérieure à la ménopause. Plusieurs femmes expliquent que la tendresse a pris le devant sur la sexualité, ce qui, à l'exception de deux d'entre elles, semble leur convenir car cette évolution reflète leurs besoins actuels. Cette « sexualité paisible » est d'autant mieux vécue que les femmes ont le sentiment d'être en harmonie avec leur conjoint qui témoigne aussi d'un désir moins prégnant :

*[...] nous on est plus tendresse. C'est beaucoup plus fort. Après, le sexe vient après. Mais c'est pas le centre de notre couple. Nous c'est la complicité, les câlins. Beaucoup de tendresse, beaucoup de câlins. Par exemple, si lui, il est assis au bureau et moi, je suis dans la cuisine, je vais aller lui faire un câlin, passer ma main sur son épaule. Et si je suis au salon, et qu'il passe derrière moi, il va toujours me faire un câlin. (Louise 56 ans, ménopause chirurgicale 49 ans)*

*D : Comment vous dire, je suis plus proche de lui sur le plan sensuel plutôt que sexuel au sens strict du terme. Et je crois plus à cette relation là qu'à la relation sexuelle au sens strict. Euh, moi personnellement, je n'ai pas de besoins qui me font grimper aux rideaux et je ne crois pas que lui non plus parce que je le saurais quand même et donc, euh...moi je trouve que l'importance (de la sexualité) est plutôt moyenne.*

*I : Et comment vous voyez la sexualité évoluer dans votre couple ?*

*D : Telle qu'on est là actuellement. Euh, sans frénésie, ni abandon complet, parce que cela non plus je ne le vois pas possible (Delphine 54 ans, ménopause 46 ans)*

Ces femmes insistent toutefois sur le fait que si la sexualité devient plus calme, elle doit rester présente et « accessible » car elle est nécessaire pour envisager leur continuité, comme l'explique Martine qui vit avec son conjoint depuis six ans :

*[...] le rythme de notre sexualité est moins fréquent qu'il y a deux ou 3 ans. [...] J'espère garder une activité sexuelle régulière....Je pense que ça pose des problèmes importants s'il n'y a pas d'activité sexuelle. C'est vraiment le signe du vieillissement pour le coup. (Martine 55 ans, ménopause 53 ans)*

Les deux femmes qui jugent leur sexualité moins satisfaisante se plaignent de son aspect routinier et de la rareté des échanges. Elles ont le sentiment d'un désir bien vivant qui n'est pas véritablement comblé :

*I : Quelle est l'importance de la sexualité dans votre couple ?*

*M : C'est plus une routine qu'autre chose. Et là encore, l'autre jour je suis allée chez l'ostéopathe, il avait les mains chaudes, douces et précises, et je me suis dit que c'était très, très, très agréable. Comme quoi, je me dis que ce que j'appelle routine avec H (son conjoint), je pourrais encore le vivre si j'avais un amant. Je pensais que c'était terminé, mais j'avoue que j'ai trouvé ça très agréable. Et je me suis dit : tu es bête, il a 30 ans. (Mathilde 54 ans, ménopause 52 ans)*

D'autres femmes témoignent d'une relation de couple où la sexualité avait peu de place. Là non plus, la ménopause n'a pas introduit de changement :

*I : Et la sexualité, qu'elle importance elle a dans votre couple ?*

*A : Pour moi, ça n'a pas trop d'importance. Ça ne m'intéresse pas.*

*I : Et comment vous l'envisagez à l'avenir.*

*A : Je l'envisage pas. Ça ne va pas changer. Ça restera comme ça, pas très important. (Anne 53 ans, ménopause 50 ans)*

Deux femmes qui ont un compagnon depuis moins longtemps (moins de 4 ans), l'une ne vivant pas avec celui-ci, font part d'une sexualité ou d'un désir qui occupe une place plus importante dans le couple. Elles n'envisagent pas de transformation de leur sexualité dans l'avenir.

Pour cinq des dix femmes, qui vivent seules et n'ont pas de compagnon, la sexualité semble plus problématique non pas parce que le désir est absent mais parce que son actualisation est plus complexe. Ces femmes témoignent d'abord de leur difficulté à rencontrer des partenaires et surtout à s'engager dans des jeux de séduction. Elles semblent en effet assez mal à l'aise vis à vis de leur corps, ayant intégré la notion d'un « double standard » dans le vieillissement (Sontag, 1972). Le corps vieillissant leur semble en effet plus difficilement compatible avec l'idée d'une sexualité féminine. S'engager avec un homme plus jeune est notamment particulièrement compliqué, peut-être parce que, comme l'explique Laznik (2003), ce type de relation renvoie au fantasme incestueux de la mère à l'égard de son enfant devenu adulte :

*On ne peut pas être amoureux sans une grande part de désir, de satisfaction physique mais je n'adhère pas à la conception de la consommation sexuelle. La sexualité est forcément liée à une relation minimale, pas seulement une relation amoureuse mais une relation. [...] Comment recommencer une relation avec un homme à 50 ans ? c'est pas évident ! Il y en a des hommes de 50 ans séduisants, c'est pas ça. (rires) J'en vois, non c'est pas ça le problème. Et puis il y a quelquefois des jeunes hommes qui s'intéressent à des femmes plus âgées et L'inverse. Comme le jeune homme qui était amoureux de Marguerite Duras. Mais enfin, ça se passe mieux quand c'est l'inverse...quand même.... Mais la séduction à mon âge... La sexualité, c'est un des aspects les plus obscurs de la vieillesse. (Agnès 55 ans, ménopause 49 ans)*

*[...] c'est difficile de rencontrer les gens mais j'ai pas hésité à mettre des petites annonces. J'avais rencontré des gens par annonce. Au début, c'était pas génial et puis après c'était bien. C'est devenu des relations amoureuses. Et puis on s'est séparé parce qu'on avait passé un cap, ou parce qu'ils étaient mariés. Et puis, à un moment donné, l'âge, les distances, mais c'est vrai que la sexualité c'est un gros, gros problème. Parce que je pense que le désir physique est toujours là quelque soit l'âge même si le corps n'est plus jeune, le désir physique est là et bien comment l'assouvir ? C'est une grande question. [...] Je veux dire que chaque fois, il faut partir à la pêche et ça c'est épuisant. [...] Une fois, j'avais rencontré un gars qui était plus jeune que moi et je voulais le quitter, je disais à une amie, je veux pas lui imposer le corps d'une femme de mon âge. Et elle m'avait dit : mais ça c'est pas ton problème, c'est le sien, ça ne te regarde pas. Je trouvais qu'elle avait pas tort, c'était à lui à décider mais en même temps, je l'ai pas relancé. Il vaut mieux qu'il sorte avec des femmes de son âge. [...] Ouai... mais enfin, c'est vrai que c'est problématique quand même ce corps qui se dégrade. (Brigitte 59 ans, ménopause 55 ans)*

Six des femmes qui sont seules témoignent d'un certain renoncement à l'égard de la sexualité qu'elles ne mettent pas spécifiquement en rapport avec la ménopause mais qui parfois correspond à cette période. Elles expliquent cette situation en soulignant que leur désir de sexualité est moins prégnant, voire même absent. Elles disent aussi leur incapacité à envisager une nouvelle relation avec un compagnon trop envahissant et qui surtout les replace dans des rapports de couple où elles perdraient en autonomie. Plusieurs n'ont pas gardé que de bons souvenirs de leur vie de couple antérieure :

*Quand on est plus jeune, la sexualité, c'est très, très important, moi c'était mon cas. Et maintenant, c'est plus ma priorité. Bien, bien qu'elle soit nécessaire. J'ai pas dit que ..mais on n'a plus ce même besoin.*

*I : est-ce que vous aimeriez rencontrer quelqu'un ?*

*P : Oui. Mais alors, je veux plus vivre avec. Ca c'est terminé, je n'en veux plus alors là ...*

*par contre, je veux bien la sexualité, oui, pour les moments agréables. Mais quand je rentre de mon travail. Non ! Je suis fatiguée, j'aspire à être tranquille, [...] j'ai mes habitudes, je vis trop seule. Non, là je ne pourrais plus. La liberté pour moi, c'est devenu important. (Paule 53 ans, ménopause 49 ans)*

*Et ben depuis 10 ans, je vis complètement seule et puis ça m'intéresse plus à mon âge. Alors ma fille, souvent elle me dit : il faudrait que tu rencontres quelqu'un... pour finir ta vie. Boh, j'en veux pas. Je suis habituée comme ça. J'aimerais pas qu'il vienne chez moi me tripoter mes choses comme je dis à ma fille. D'un côté, je suis bien vous voyez de vivre seule. Parce que d'un côté, j'ai tellement souffert avec le père de ma fille [...] Alors là, je suis tranquille, je sors quand je veux, je fais ma vie comme je veux. Il y a que le soir que je suis un peu triste. Certains soirs et pas tous. (Rose, 55 ans, ménopause chirurgicale 35 ans)*

Enfin, deux femmes déclarent qu'elles n'ont pas le temps de penser à la sexualité parce qu'elles sont aux prises avec d'autres soucis professionnels et familiaux (séparation, relation difficile avec la fille) :

*I : Comment vous envisagez la sexualité ?*

*M : Pfffff. J'envisage rien du tout pour le moment, j'ai pas le temps.*

*I : Est-ce que c'est une préoccupation ?*

*M : Pfffff. J'y pense, oui bien sûr, mais non, j'ai pas de créneau dans ma vie. (Sylvie 56 ans, ménopause 50 ans)*

#### 4.1.3 L'inscription dans le processus de vieillissement

Les entretiens révèlent différentes façons d'inscrire la ménopause dans le processus de vieillissement que l'on peut éclairer en se référant aux deux manières idéal-typiques de se positionner par rapport à la vieillesse, d'établir des liens entre le présent et le passé, et de se projeter dans l'avenir, que présente Caradec (2004). Celui-ci montre en effet que face au vieillissement, les individus se distinguent par l'accent qu'ils mettent sur les ruptures qui projettent dans « l'être vieux » ou sur la continuité de l'existence.

#### 4.1.3.1 Une période marquée par différentes ruptures qui projettent dans le vieillissement

Certaines femmes témoignent au moment du passage à la ménopause d'une prise de conscience du vieillissement, qui renvoie souvent à un ou plusieurs événements faisant rupture dans l'existence et créant un contraste entre ce que l'on est aujourd'hui et ce que l'on était hier.

Pour certaines femmes (6), la ménopause constitue, comme nous l'avons déjà évoqué, un cap à partir duquel le vieillissement s'accélère, soit parce que tout se détraque sur le plan physique, soit parce qu'elle révèle un vieillissement corporel qui s'était accumulé progressivement. Pour d'autres (3) cette prise de conscience du vieillissement corporel se produit au moment de la ménopause mais ne lui est pas associée. Elle renvoie à d'autres événements de la trajectoire santé (l'arrêt de fumer, une chute, un accident, l'apparition de maladies chroniques) :

*Depuis cet événement (accident), je pense que mon corps a pris 10 ans. Donc, j'essaie de reconstruire. Je fais des soins kiné, etc. Bon, j'ai récupéré parce que l'année dernière, je pouvais plus bouger le bras ni rien. Ca y est je commence à récupérer. [...] J'ai l'impression qu'il y a quand même quelque chose de différent. Je me regarde un peu et j'ai l'impression que c'est plus moi. [...] Quelque part, je me regarde vivre, je regarde le temps passer et ça part trop vite et il y a quelque chose de différent. (Sonia 58 ans, ménopause 56 ans)*

Ces transformations physiques sont vécues de l'intérieur mais également ressenties à travers le regard des autres dont les réactions assignent au statut de femme vieillissante :

*R : Depuis que j'ai eu 55 ans, [...] je vois qu'on va vite vers la descente. Je compte. C'est ça qui me traumatise en ce moment. Je dis à ma fille : oh, peut-être il me reste, je compte les années. Je suis bête, mais c'est comme ça. Alors ma copine essaie de me remonter le moral.*

*I : Il y a quelque chose qui a changé à 55 ans ?*

*R : Tout a changé.*

*I : C'est quoi qui a changé ?*

*R : Ma vie, ma relation avec les gens. Je profite quoi du temps qui me reste. [...] je me sens diminuée, j'ai eu le diabète, là tout ça. [...] Ca fait un an. Ma fille, elle me disait il faudrait faire des prises de sang et on s'est rendu compte que j'avais cholestérol et diabète. Et puis quand je monte en voiture, ma fille, elle m'ouvre les portières, viens que je t'aide. Mais non, je suis pas handicapée. Et les gens vous le font sentir. Et dans les*

*conversations. T'as vu la vieille à 50 ans. Alors, là ! Mais c'est de me sentir diminuée, vous voyez. Que j'ai pas la force d'avant. Moi, j'étais toujours une battante et de me voir diminuée, ça, ça va pas. C'est ça qui va me foutre en l'air. (Rose, 55 ans, ménopause chirurgicale 35 ans)*

La sphère professionnelle peut aussi être un lieu où les femmes se sentent confrontées à la dévalorisation du travailleur vieillissant, représentation que quatre femmes semblent avoir largement intériorisée et qui accentue le sentiment du « vieillir » :

*I : Qu'est-ce que vous pensez de l'image des femmes de 50-60 ans dans la société, dans le monde du travail ?*

*C : Je ne sais pas... on est souvent... on est prises pour des personnes âgées déjà. Souvent, on nous fait pas trop confiance. Je ne sais pas... c'est quand même un peu bizarre. Je pense que les gens préfèrent quelqu'un de plus jeune. [...] Je pense quand même qu'il faut être lucide, les plus jeunes, elles travaillent plus vite, elles comprennent plus rapidement. (Camille 56 ans, ménopause 53 ans)*

*Quand vous êtes dans un milieu de travail, c'est pas pareil. Les jeunes, ils vous font pas de cadeaux. Ils parlent dans votre dos. [...] des fois, quand vous avez le dos tourné : ah la vieille ! Bon, c'est la vieille qu'a fait ça. Alors des fois, on a une oreille qui traîne et on entend. C'est pas dit méchamment, mais bon, là, ça vous fiche un coup ! Moi je le vis bien d'avoir ... je le vis bien mon âge, parce que je me dis pour mon âge, je fais pas encore trop... Mais voilà, il y a rien à faire. C'est la vie de tous les jours et les gens, ils vous respectent pas... Et puis, on est pas au top comme eux pour faire certaines choses et bien ça les fait rire (Viviane 54 ans, ménopause 45 ans)*

D'autres femmes témoignent d'une prise de conscience du vieillissement liée à la cessation de l'activité professionnelle actuelle ou anticipée. Pour beaucoup de celles que nous avons interrogées, l'emploi a en effet joué un rôle important comme source d'indépendance financière et comme espace de reconnaissance et d'intégration sociale. Si la retraite ne marque pas l'entrée dans la vieillesse, elle constitue néanmoins un des jalons du processus de vieillissement, ouvrant sur une nouvelle phase de l'existence et impliquant un réaménagement identitaire (Caradec, 2004). Plusieurs des femmes qui se situent à l'aube de cette transition s'interrogent sur le sens à donner à leur vie en dehors de l'activité professionnelle :

*I : Et, comment envisagez-vous d'avoir 60 ans; qu'est-ce que ça représente pour vous ?*

*S : Ben, ce que ça représente, ce que ça représente essentiellement c'est le fait qu'on*

*n'ait plus peut-être un rôle social, un rôle dans la société, au niveau du travail.*

*I : C'est lié à la retraite ?*

*S : Oui, moi, c'est le travail. Là par contre c'est un cap un peu plus décisif (que la ménopause). Enfin je crois qu'il sera plus décisif. Pour moi, et pour d'autres aussi. [...] J'y réfléchis. Pour le moment, je ne me suis pas investie, ni pris des téléphones. Mais j'y réfléchis. Pour l'instant, c'est au stade de la réflexion parce que je pressens que ça risque d'être un cap. [...] C'est à dire que dans le cadre du travail, j'ai le sentiment d'être encore un maillon de la chaîne peut-être. [...] D'avoir une certaine efficacité peut-être. Je ne sais pas comment le déterminer. (Sylvie 56 ans, ménopause 50 ans)*

Un des processus de négociation du passage à la retraite consiste pour trois femmes à l'anticiper en se désinvestissant progressivement du travail :

*On commence à ne plus se projeter dans son travail. Alors que pendant la plupart de sa carrière professionnelle, on est dans une évolution, dans un devenir. [...] et puis tout d'un coup, ça a basculé. Maintenant de toutes façons, il faut que je fasse dans ma tête le deuil d'un investissement professionnel. [...] si à la veille de la retraite, je suis encore dans une stratégie montante par rapport à mon investissement professionnel, c'est la chute redoutable. (Agnès 55 ans, ménopause 49 ans)*

Pour cinq femmes, parmi lesquelles trois n'avaient pas anticipé le moment de la cessation d'activité (chômage, retraite anticipée), la sortie de la vie active crée un vide soudain et est vécue comme une « perte d'utilité sociale » (Guillemard, 1972) :

*Mais je me disais mais qu'est-ce que tu feras à la retraite ? Quand tu travailleras plus, qu'est-ce que tu feras ? Alors c'était le grand vide. C'était très brutal Et puis alors je me disais, je vais me mettre à la broderie, à la couture, je vais faire du sport, j'aurai du temps, je pourrai faire plein de choses. Oui, j'aurai du temps, mais c'est rien de concret. Ca m'inquiétait un peu. Mais je me disais, je m'adapterai, il faut s'adapter mais c'est le fait de ne plus travailler. [...] Ca m'a fait un peu l'effet d'un rejet. [...] Moi, je sais que mon métier c'était important pour moi. J'avais l'impression d'avoir un rôle à jouer. Ca me préoccupait beaucoup. Le dimanche soir, je me remettais à penser au lundi, qu'est-ce que j'aurai à faire, quelles sont les prochaines organisations de réunions. Ca me prenait beaucoup de temps dans ma tête. (Sandrine 55 ans, péri-ménopause)*

Même les femmes qui vivent la retraite comme une libération témoignent parfois d'une certaine ambivalence. Soulagées d'être libérées des contraintes du travail salarié, elles craignent le trop plein de liberté, insistant sur la nécessité de « garder des rythmes », de ne « pas rester chez soi », d'« avoir une implication sociale »). Certaines redoutent aussi le

nouveau face à face avec le conjoint au sein du domicile où tous deux seront plus présents. Elles semblent anticiper la nécessité d'une renégociation de la « bonne distance conjugale » (Caradec, 1996) :

*V : Quand je serai à la retraite, je vais pas rester à la maison, je vais retourner voir les associations. Je vais essayer, je vais aller à l'association du temps libre, essayer de trouver des gens intéressants. J'aimerais m'occuper, peut-être aller au centre culturel, aller à des conférences des fois. Bon, mais je suis sûre qu'en cherchant, je vais trouver quand je travaillerai plus. Là, il faut sortir, moi je peux pas ou alors, je vais rester dedans et ça va être la décrépitude dans tous ses états.*

*I : Et le fait de vous retrouver à la maison avec votre mari, quand vous serez à la retraite comment vous l'envisagez ?*

*V : Oh, ça aussi j'appréhende, parce que nous avons eu une vie tous les deux un petit peu, pas séparés, parce qu'on était... mon mari faisait les nuits en plus. Alors quand j'arrivais, mon mari commençait à 20 heures, il finissait à 6 heures du matin, alors moi j'arrivais et lui, il partait. Alors on se croisait dans l'escalier. Quand, il revenait, moi je me levais. (Viviane 54 ans, ménopause 45 ans)*

*M : J'ai besoin que ma vie soit équilibrée entre le logis et l'extérieur. Et je vis avec quelqu'un qui aimerait que je sois totalement là pour lui. Ça c'est difficile. Il le sait mais il a du mal. [...] et dans un an il sera à la retraite, donc il s'inquiète un peu. C'est une période de sa vie assez difficile. Là, son successeur s'est présenté à lui, donc, il se sent poussé vers l'extérieur. Je sais que cette période doit être critique.*

*I : Et vous comment vous envisagez de vous retrouver plus souvent avec lui à la maison ?*

*M : Déjà à midi, moi je déjeune pas donc il faudrait qu'il apprenne à faire la cuisine, parce que moi, c'est hors de question que je perde du temps à lui faire la cuisine. Dans notre relation, il ne prend aucune initiative, il est dans mes traces, c'est moi qui décide de tout. Et là j'appréhende ... le temps que je passerai ici... Enfin, je veux continuer à partager des trucs, mais ... j'ai l'impression d'avoir encore un enfant. (Mathilde 54 ans, ménopause 52 ans)*

Toutefois, retrouver de nouveaux investissements, de nouvelles activités sociales qui fassent sens ne semble pas évident pour toutes les femmes. Tout d'abord, l'arrêt de l'activité professionnelle rend les femmes plus disponibles pour les autres membres de la famille. Plusieurs femmes qui travaillent encore révèlent que l'aide aux parents âgés et la grand-parenté occupent déjà une place importante dans leur emploi du temps. Si l'amplification de ces engagements semble jouer pour plusieurs des femmes un rôle important dans la recomposition identitaire qui caractérise la retraite, elle peut également rendre difficile la mise en place d'activités pour soi. Quatre femmes témoignent ainsi de tensions entre

l'organisation « du temps pour soi », du « temps du couple » et du « temps pour autrui » (Gestin, 2003) :

*[...] c'est pas toujours facile d'être fille unique. Parce qu'il y a que moi. [...] je crois avoir toujours fait ce qu'elle (ma mère) a voulu, plus ou moins en tout cas, mais à partir du moment où on a voulu passer à autre chose (engagement dans des activités de loisirs avec son mari), elle l'a mal vécu, donc tant pis. C'est dommage. Mais bon, on s'en occupera. On va quand même assurer. On va pas la prendre mais on va assurer ... (Geneviève 56 ans, péri-ménopause)*

*[La retraite] Je l'envisage très bien. J'ai pas vraiment peur de m'ennuyer. Mais j'ai ma mère aussi. Il faut que je trouve une solution parce qu'elle est assez malade.*

*[...] Et je vais la voir, environ tous les mois, tous les mois et demi. Je passe le week-end ou 3 jours, avec les RTT, souvent j'arrive à prendre 3 jours. Mais elle n'est pas très en forme et elle a de plus en plus de mal à se débrouiller toute seule.*

*I : Alors qu'est ce qui va se passer quand vous serez à la retraite ?*

*P : Je ne sais pas. Il faudra que j'aille la voir plus souvent ou qu'elle vienne parfois ici aussi. Mais la déplacer, c'est toute une histoire. Tout est toujours toute une histoire. Avec elle, c'est compliqué. (Pauline 58 ans, ménopause 52 ans)*

Deux femmes ont d'ailleurs décidé de se protéger vis à vis des sollicitations familiales en se trouvant de nouveaux engagements :

*I : Quand vous avez arrêté de travailler, est-ce que vous avez eu le sentiment que vous étiez plus disponible pour vos enfants ? Est-ce que ça a changé quelque chose ?*

*E : Ah oui ! j'ai été tyrannisée, ça c'est sûr. Dans la mesure où je ne travaillais pas, j'étais toujours disponible.*

*I : Et comment vous le viviez ?*

*E : Ah, c'est très difficile. Je n'en ai jamais parlé à personne, parce que je ne sais pas si mes amies sont sensibles à ça. Peut-être que mes amies sont au contraire ravies de se sentir indispensables. Moi, je me suis sentie tout de suite tyrannisée. Il a fallu que je me trouve tout de suite des activités pour dire : Ah non ! tel jour, je ne peux pas. (Emma 56 ans, ménopause 46 ans)*

Pour quelques femmes, retrouver de nouveaux engagement n'est pas facile parce qu'elles ne se reconnaissent pas dans les activités (mais plus généralement aussi dans les modes de vie) proposées aux retraités, celles-ci étant jugées « trop troisième âge » :

*Je dis que notre génération, on devrait innover. On a déjà beaucoup innové. Peut-être qu'on pourrait arriver à trouver une autre façon de vieillir qui ne serait pas celle de la*

*génération qui était avant nous, qui est soit en train de faire des voyages organisés, qui soit se retrouve en maison de retraite, c'est pas intéressant de vieillir comme ça. (Agnès 55 ans, ménopause 49 ans)*

Toutefois, comme le souligne Agnès, c'est à chacun de prendre en charge son passage à la retraite, celui-ci n'étant pas géré collectivement (Caradec, 2003) : « *on a la retraite qu'on mérite* ».

Enfin, deux femmes qui ont vécu une séparation conjugale au moment de la ménopause signalent que celle-ci a créé une rupture dans leur vie, amplifiant la prise de conscience du vieillissement. Une des femmes interprète son divorce comme le signe d'une perte de séduction, l'autre explique que cette séparation a mis un terme à une vie sociale animée qu'elle a de la difficulté à reconstruire :

*J'avais un cercle de relations assez important mais c'est vrai que les situations familiales qui connaissent des fractures comme ça, ben ça traduit des coupures.[...] Ca ne vient pas de moi, ça vient des autres. Parce que moi, j'ai quand même des liens avec un certain nombre de personnes même si on ne se revoit pas dans le contexte.... J'ai partagé beaucoup de choses avec eux et il y avait quand même des liens forts qui me tenaient et c'est vrai que je suis assez surprise du fait que ma nouvelle situation ait mis une barrière, parce que moi j'étais plutôt...Je suis allée beaucoup vers eux. J'ai essayé de faire abstraction des problèmes que j'avais pour justement essayer de conserver les liens que l'on pouvait avoir et puis bon, ça n'a pas suivi. Donc, c'est vrai que je me suis retrouvée dans une solitude assez importante. (Sylvie 56 ans, ménopause 50 ans)*

Quelques unes (3) vivent également difficilement le départ de leur enfant (unique) qu'elles jugent pourtant nécessaire :

*A partir d'un certain moment, mon fils m'a tenu à l'écart de ses faits et gestes et c'était une façon de me dire, je suis un homme. Alors, il me fait part de certains de ses projets. Je sais qu'il passe par moments à travers des moments difficiles, mais il ne veut pas que je m'en mêle. [...] Je suis fière de mon fils parce qu'il a réussi. Et j'ai développé cette autonomie, je vous en ai parlé et je m'en mords les doigts. Là, il est en I.. Au retour, il va passer sa thèse et ce n'est pas sûr qu'il va trouver du travail ici, donc sans doute, il repartira. Moi, j'avais besoin de mon fils, mais je voulais surtout pas qu'il s'attache à moi, je voulais surtout pas qu'il reste avec moi. Là, il est bien, il prend ses décisions... mais voilà, voilà... (Mathilde 54 ans, ménopause 52 ans)*

*Quand elle (ma fille) est partie, j'ai eu beaucoup de mal. J'en ai souffert. Même, j'ai été méchante avec mon gendre et tout. Pendant un an je l'ai traité de tout. C'est quand vous avez un enfant qu'on vous le prend...Je lui ai dit qu'il me la prenait. Et puis, se sentir tout d'un coup seule. Pouf ! c'est drôle. (Rose 55 ans, ménopause chirurgicale 35 ans)*

Ces différents témoignages montrent clairement que la prise de conscience du vieillissement qui accompagne la ménopause semble résulter de différents événements qui se produisent souvent simultanément comme l'ont souligné Glaser et Strauss (1971), et obligent à un réaménagement de l'existence. L'articulation de ces événements est complexe et varie selon les femmes, comme nous le verrons en présentant la typologie des représentations de la ménopause. Dans certains cas, le sentiment « du vieillir » semble totalement déconnecté de la ménopause.

#### 4.1.3.2 L'inscription dans la continuité

Une partie des femmes rencontrées souligne que la ménopause « *n'a pas changé grand-chose* » et s'inscrit dans la continuité. Ces femmes ne se sentent pas vraiment vieillir, soit parce que les transformations corporelles sont « *progressives* » soit parce que, si le corps vieillit, il n'empêche pas de « *faire* ». Elles insistent largement sur les activités dans lesquelles elles continuent de s'engager et sur les rôles qui se poursuivent :

*[Le vieillissement] Comme je ne le ressens pas physiquement... Je le vois dans la glace, je vois bien qu'il y a des choses, les traits, qui s'affaissent, le corps qui se transforme, et quelques choses ici et là, mais comme mon corps me suit, je ne le vois pas.[...] Je me sens active, euh... toujours à faire quand même quelque chose. On n'a jamais un moment où on ne fait rien. Non, ça n'existe pas. Il n'y a qu'un seul problème. Il y a quand même un moment où il va falloir être vieux dans notre..... [...] Donc il va falloir que je mette un peu le pied sur le frein. Je pourrai peut-être plus courir 20 kms. Il faut que je ralentisse un peu. J'ai déjà ralenti. Avant je courais le marathon, maintenant je cours plus le marathon, depuis 5 ou 6 ans. Alors, je sais pas. Alors, il me semble que ce sera comme maintenant. Lire, de l'activité physique, marcher, parce qu'on marche beaucoup, on a fait une partie du chemin de Compostelle. Sac sur le dos ! 30 kms par jour. Impeccable ! Alors moi je me verrais bien faire ça tout le temps. Je ne sais pas si c'est réaliste ? (Delphine 54 ans, ménopause 46 ans)*

*Moi, je ne me sens pas vieillir parce que j'ai ma fille. Si vous voulez tout tourne encore autour d'elle parce qu'elle fait des études et c'est comme si c'était une petite que je dois*

*encore guider et donc je ne pense pas à moi. Je pense à elle, à son avenir et voilà. [...] je fais tout ce que je faisais avant. Je vois pas de différence. Si ce n'est la différence physique mais comme c'est progressif, on la voit moins. (Anne 53 ans, ménopause 50 ans)*

Elles mettent en évidence la permanence des traits de caractère, notamment la curiosité et le désir de vivre :

*[...] alors, l'âge, je le sens dans le corps, physiquement, quand je suis fatiguée, quand je manque de tonus, mais autrement, je sais pas comment dire ça, je vois pas trop la différence. Je sens pas de différence. Je me sens vieille quand je suis fatiguée, quand j'ai de la tachycardie, quand j'ai de l'arythmie mais dès que c'est fini, je me sens hors du temps. [...] j'ai l'impression d'être la même et ça je crois que je l'ai remarqué pour ma mère aussi parce que ça m'énervait d'ailleurs, j'avais envie qu'elle vieillisse. Je voulais qu'elle voit qu'elle allait mourir, je voulais qu'elle sache ça. Mais elle voyait pas et là je me rends compte qu'on voit pas ce temps qui se marque, on le ressent, on l'éprouve physiquement, mais dans la tête, dans le désir qu'on a de la vie, imputrescible, impérissable... Ca je crois que c'est une force qui est hors du temps. (Brigitte 59 ans, ménopause 55 ans)*

D'autres n'interprètent pas les transformations corporelles comme relevant seulement du vieillissement. Elles semblent plus sensibles à l'évolution du bien-être général soulignant que l'on peut se sentir plus ou moins bien aux différents âges de la vie :

*[...] je pense qu'on ne se sent pas vieux. On se sent bien ou mal dans sa peau mais c'est tout. [...] J'ai mon âge. Je me sens pas plus jeune. Mais je me sens pas vieillir non plus. (Marie 58 ans, date la ménopause non déterminée)*

En ce qui concerne le passage à la retraite, on trouve plusieurs cas de figure. Certaines femmes n'envisagent pas la cessation de l'activité professionnelle parce qu'elles la considèrent encore trop lointaine ou qu'elles préfèrent ne pas y penser justement parce que le travail joue un rôle très important dans leur vie :

*[La retraite] Pour l'instant, j'envisage pas trop. Parce que j'aime tellement mon travail. Donc, j'envisage pas encore d'arrêter. (Edith 58 ans, ménopause 52 ans)*

Pour trois femmes, la perspective de la retraite reste aussi lointaine parce qu'elles considèrent que leur situation financière actuelle ne leur permet pas de l'envisager :

*[la retraite] Et bien ça, je n'y ai pas pensé parce que justement avec le peu de salaire que ça procure, justement on ne peut pas se permettre de...donc, elle ne sera pas grosse je ne pense pas et tant que j'aurai la santé pour faire ce que je fais, je continuerai. Donc, j'ai pas de date butoir, non, je continue, je n'y pense pas. Si la santé me le permet, je continuerai. (Bernadette 58 ans, ménopause 48 ans)*

D'autres femmes ont déjà négocié le réaménagement qu'impose la cessation de l'activité professionnelle et retrouvé des engagements qui servent l'épanouissement personnel ou la vie sociale :

*Pour moi, [la retraite] ce n'est pas un grand changement puisque j'avais arrêté de travailler depuis un certain temps. Mais maintenant que mon mari est à la retraite, je pensais que ça allait être très différent et en fait, en fait c'est pas très différent. Pour le moment, on a une vie un peu comme si il travaillait. Il fait ses choses de son côté pour l'association et je fais de la peinture (rires). Donc, on n'a pas tellement changé de rythme de vie. (Marie 58 ans, date de la ménopause non déterminée)*

Enfin, ce qui caractérise aussi ces femmes, c'est que plutôt que de mettre l'accent sur les pertes associées au vieillissement, elles se projettent dans l'avenir, envisageant de nouveaux projets :

*[...] je ne me sens pas sans avenir. Euh...disons que mon caractère m'aide à .... Est-ce que j'ai jamais été jeune ? Je veux dire ici, il n'y a pas d'aboutissement. J'ai encore des choses à faire. (Maryse 56 ans, date de la ménopause non déterminée)*

#### 4.1.3.3 Un nouveau modèle de la femme de cinquante ans

Les femmes qui s'inscrivent dans la continuité insistent aussi sur le fait que la cinquantaine au féminin ne renvoie plus maintenant au vieillissement mais à l'image d'une personne qui est encore jeune et surtout active et indépendante. Ces femmes soulignent que leur génération a participé à la construction de cette nouvelle représentation, par leur présence sur le marché du travail, leur engagement dans des pratiques corporelles, leur émancipation, et leur nombre qui permet d'imposer un nouveau modèle de société où elles disposent d'une position plus valorisée :

*[...] quand j'étais jeune, une personne de 55 ans, c'était une personne âgée pour moi. Or maintenant, je me sens pas du tout cette personne âgée que j'imaginai beaucoup plus jeune. Je me sens pas vieille (Delphine 54 ans, ménopause 46 ans)*

*I : Donc, vous trouvez que c'est bien que les femmes de 50 ans soient plus présentes dans les médias ?*

*M : Ah, ben oui, on va être tout à fait la couche dominante, alors, je crois que l'on ne se sent plus vieille. On ne se comporte plus comme des vieilles. Même quand on est grand-mère. Et puis, on n'est plus des vieux grands-parents. (Maryse 56 ans, âge de la ménopause non déterminé)*

Par ailleurs, plus de la moitié des participantes (15) salut la présence plus marquée des femmes de 50 ans dans les médias, mais d'autres la jugent encore insuffisante :

*(Dans les magazines féminins), elles sont jeunes, mais dans Pleine Vie (magazine « senior »), justement, on voit plus des femmes de mon âge. Et c'est des vrais articles, des conseils. Parce que sinon... C'est comme chez le coiffeur. L'autre jour, je cherchais une coupe et ben, il y a pas une seule coupe avec quelqu'un de mon âge. J'ai cherché il n'y en a pas. Comment est-ce qu'on peut savoir si ça va nous aller ? (Viviane 54ans, ménopause 45 ans)*

A l'exception de quelques femmes qui semblent assez fascinées par les modèles féminins diffusés dans les médias, qu'elles jugent particulièrement esthétiques, la plupart des participantes se montrent très critiques à l'égard des annonces publicitaires qui montrent des mannequins excessivement jeunes. Elles considèrent que ces images objectifient le corps des femmes et les trouvent « stéréotypées », inaccessibles, « détestables » et « agressives » du fait de leur caractère érotique et sexuel. Les répondantes se sentent par contre beaucoup plus à l'aise avec les représentations des femmes de 50 ans qui présentent, selon elles, une image plus accessible, ne faisant pas de la femme un objet sexuel :

*Pour les femmes de 50 ans, c'est un peu différent. Je trouve que les femmes de 50 ans constituent un nouveau créneau commercial. Mais on a construit une nouvelle image de la femme de 50 ans, moins agressive que pour les jeunes, moins décalée. D'une part, le corps n'y est jamais dévoilé. Il y a un glissement de la séduction vers quelque chose de moins agressif, avec plus de tendresse. C'est sans doute complètement tarte à la crème aussi, mais c'est moins agressif. La femme a les cheveux blancs, elle n'est pas très maquillée, souvent sportive. En fait, l'axe est mis sur des choses qui me conviennent*

*mieux. Ils ne jouent pas sur l'axe de la provocation comme pour les jeunes. (Agnès 55 ans, ménopause 49 ans)*

Bien que cette représentation semble un peu factice, travaillée et « commerciale », plusieurs participantes considèrent qu'elle est positive parce qu'elle transmet l'image de femmes actives, encore belles et indépendantes. De plus, ces images permettent d'envisager la prolongation de la séduction et de refuser l'assignation à la vieillesse. Aucune des femmes ne remet en cause le modèle activiste de la retraite qu'elles véhiculent :

*[...] je n'ai jamais cru que ces images de femmes qu'on voit à la télévision correspondaient à quelque chose de réel mais par contre je trouve que ces images de femmes (de 50 ans), c'est positif. Je crois que c'est positif. Parce que sinon, il y a vraiment des pressions sociales comme quoi une femme à 55 ans, elle doit pas faire ceci ou elle doit pas faire ça. Leur envie, leur désir de vivre... Et surtout ne pas répondre aux dictats de l'entourage, écoute t'as 55 ans, tu devrais arrêter de faire ci. (Mathilde 54 ans, ménopause 52 ans)*

*Si on voit Catherine Deneuve qui doit en avoir 60, elle fait 40. Enfin les femmes font beaucoup plus jeunes que l'idée qu'on a de l'âge. On dirait que le temps s'est arrêté à 40 ans. Je trouve que c'est très bien. C'est très bien, ça fait un espoir pour tout le monde. C'est pas une image dégradée de l'âge. Ça montre qu'on peut être attirant à 50 ans. Je reviens à Catherine Deneuve. On peut être à 50 ans ou 60 ans une femme attirante, bien dans sa peau. Ne pas faire tâche. euh, c'est après dans ce qu'on montre à la télé. On voit des femmes qui sont entretenues. Est-ce qu'elles ont été liftées ? Est-ce qu'elles ont subi des opérations ? Est-ce qu'elles sont chez le coiffeur tous les matins ? Je trouve qu'elles ont une allure qui fait envie. Ça ne fait pas peur. On n'a pas peur de l'avenir, dans le sens du vieillissement personnel. On n'a pas peur de l'avenir quand on voit ces femmes. On se dit ah ben on peut... Même si c'est sans doute utopique parce qu'elles, elles ont les moyens de s'entretenir que le commun des mortels n'a pas. (Sandrine 55 ans, periménopause)*

Cinq femmes insistent toutefois sur les décalages qu'elles ressentent vis à vis de ces images, soit parce que les femmes y semblent trop jeunes et donc très éloignées de leur réalité corporelle, soit parce qu'elles ne se reconnaissent pas dans les rôles présentés : les femmes étant « toujours en couple » ou « toujours grand-mères ».

Enfin, si plusieurs des participantes soulignent que la nouvelle image des femmes de 50 ans est positive, le discours de certaines montre que les normes de présentation de soi, bien que plus permissives, restent très encadrées. Il faut garder une allure jeune mais sans excès :

*J'admire certaines, mais il y en a qui font trop, qui oublient complètement qu'elles ont 50 ans. Voilà, pour ressembler aux minettes, c'est ce que je dis des fois, dommage. Je les admire ces femmes. Bon, j'ai 50 ans. Mais, quand je vois des femmes de 50 ans qui veulent mettre des pantalons taille basse, avoir le nombril à l'air, non. Je dis c'est de l'exagération un peu. Mettre des jupes qui collent. Qu'elles peuvent même pas s'asseoir correctement. Ces femmes devraient réfléchir à deux fois. Elles sont libres de faire ce qu'elles veulent, mais moi personnellement, je le ferai pas. Bon, j'ai des jupes qui arrivent au genoux, je me vois pas le nombril à l'air, le piercing et autre, non. Ces femmes de 50 ans, doivent réfléchir avant de commencer à faire certaines choses. (Karine 58 ans, ménopause chirurgicale 46 ans)*

#### 4.2 CONSTRUCTION D'UNE TYPOLOGIE DES REPRÉSENTATIONS DE LA MÉNOPAUSE

L'expérience de la ménopause est plurielle et varie d'une femme à l'autre. Nous avons toutefois tenté de systématiser les différences dans le discours des femmes relativement aux dimensions que nous venons de présenter soit, les phénomènes biologiques à l'œuvre au moment de la ménopause (la variation hormonale et l'arrêt des règles), les conséquences de cette étape sur la santé et la performance, les émotions, l'image corporelle et la sexualité, et l'inscription dans le processus de vieillissement. Sur la base de ces dimensions, nous avons construit une typologie empirique des représentations des femmes à l'égard de la ménopause, qui distingue cinq façons d'appréhender cet événement que nous présenterons successivement dans cette section : la « ménopause effacée » et la « ménopause contrôlée », deux représentations que nous regroupons du fait de leur grande proximité, la « ménopause naturelle », la « ménopause fatalité », et la ménopause « transition libératrice ».

#### 4.2.1 Différentes représentations de la ménopause

##### 4.2.1.1 Un bouleversement biologique que l'on peut effacer ou contrôler

Plusieurs femmes (13) témoignent d'une forte adhésion au modèle biomédical. La ménopause est en effet interprétée comme résultant d'un dérèglement hormonal qui est jugé susceptible d'entraîner des inconvénients, voire des problèmes de santé plus ou moins importants à court terme et un risque sérieux d'ostéoporose à long terme. Toutes ces femmes se sont d'ailleurs engagées dans une hormonothérapie de substitution dans le but de prévenir ou de soulager les troubles du climatère et pour certaines les risques d'ostéoporose.

Ces femmes se distancient toutefois du modèle biomédical parce qu'elles refusent les stéréotypes concernant la fin de la féminité ou de la sexualité, considérant que la ménopause a peu d'impact sur ces dimensions. A l'exception de deux femmes, dont une a subi une hystérectomie, elles ont en effet vécu l'arrêt des règles comme un affranchissement des contraintes :

*[...] j'ai pas eu le sentiment de perdre ma féminité par exemple. Absolument pas ! Je pense que la féminité se situe pas là. Elle se situe plutôt dans l'image qu'on a de soi. Donc, j'ai pas eu le sentiment de perdre quoi que ce soit. (Delphine, 54 ans, ménopause 46 ans)*

En ce qui concerne l'image corporelle, plusieurs de ces femmes (7/13) témoignent d'une prise de poids associée à la ménopause que certaines (3) échouent à contrôler comme elles le voudraient mais que les autres déclarent avoir maîtrisée en s'engageant dans un régime (2) et/ou en procédant à une liposuction (2). Les autres femmes déclarent un poids à peu près constant ou une faible prise de poids qu'elles ne jugent pas préoccupante. Quatre femmes soulignent toutefois que cette stabilité n'a rien d'un hasard mais résulte d'une auto-discipline de leur part, elles restent vigilantes et corrigent les débordements :

*I : Est-ce que votre poids a évolué ?*

*E : Pas vraiment parce que je fais attention à ne pas dépasser un certain poids, parce que je sais qu'il est toujours plus difficile de maigrir que de s'empêcher de dépasser un certain poids. (Emma 56 ans, ménopause 46 ans)*

*V : [...] le poids. On contrôle ça très régulièrement. Parce qu'un ou deux kilos, ça va mais il faudrait pas plus. Si je me mets à prendre 3 kilos dans un mois, il faut le surveiller.*

*I : C'est au niveau de la santé que ça vous préoccupe la prise de poids ?*

*V : Oui déjà, pour les jambes oui aussi, mais c'est surtout de se maintenir, de pas trop grossir. (Viviane, 54 ans, ménopause 45 ans)*

Plusieurs femmes constatent des transformations de la peau mais elles ne les associent pas spécifiquement à la ménopause. De plus, ces transformations sont interprétées différemment. Certaines déclarent que leur visage n'a pas beaucoup évolué (« moi j'en ai pas trop des rides »), d'autres jugent les rides très secondaires (« les rides, c'est comme ça, ça me fait strictement rien »), d'autres encore, sont plus ambivalentes :

*Et bien c'est vraiment fonction de mes activités. Si mes activités vont bien, ben, ça m'est égal. Si mes activités vont mal et ben je ne vois que mes rides ! Si tout marche bien, si ma famille va bien, je me sens très en forme. Je pense que ça va de pair. (Marie, 58 ans, âge de la ménopause non déterminé)*

Enfin, cinq femmes se déclarent préoccupées par leurs rides et plus particulièrement par le relâchement cutané, témoignant d'un décalage entre l'image que renvoie le miroir et leur ressenti, entre leur visage et leur allure. Elles interprètent ces transformations de la peau comme des « défauts », qui modifient leurs traits, leur expression, et leur identité :

*Le visage, je me suis rendue compte que mon visage avait vieilli à partir du moment où j'ai vu sur le reflet de mon visage les défauts que je voyais chez ma mère. Dans la transformation du visage, (me montre le tour de son visage), dans la transformation du cou, j'ai des défauts. J'appelle ça des défauts parce que c'est difficile si ce n'est en faisant des traitements lourds, lifting ou autre de lutter contre. (Martine, 55 ans, ménopause 53 ans)*

La plupart de ces femmes sont d'ailleurs assez, voire très attentives à leur apparence mais considèrent que celle-ci a peu évolué ou qu'elle est bien gérée. Elles témoignent d'une emprise assez forte sur le corps ou du moins sur certains aspects corporels qui leur semblent prioritaires, notamment la silhouette.

Toutes ces femmes s'inscrivent dans la continuité, la ménopause représentant au pire une mauvaise parenthèse dans leur trajectoire. Elles insistent sur le fait qu'elles n'ont pas le

sentiment de vieillir, parce que le corps « *suit bien* », qu'il ne les limite pas dans leurs activités. Elles se déclarent d'ailleurs toujours « *actives* » ou « *occupées* ». Toutes sont investies dans des projets, neuf travaillent encore, et trois se disent encore très impliquées dans leur rôle de mère. Deux femmes témoignent d'une prise de conscience d'un vieillissement progressif et limité qui est dissocié de la ménopause et renvoie plus au regard des autres dans la sphère professionnelle qu'à un vécu corporel.

Ces femmes diffèrent toutefois en ce qui concerne les conséquences éprouvées de la ménopause sur la santé et le contrôle des humeurs. Certaines considèrent la ménopause comme un « non événement » parce que la ménopause a été anticipée et effacée, d'autres rapportent au contraire de multiples manifestations somatiques qui font rupture mais qu'elles ont contrôlées.

- La ménopause effacée

Les premières (6) rapportent peu de modifications corporelles ou soulignent que celles-ci étaient très limitées (en intensité mais aussi en durée) et qu'elles ont été très rapidement contrôlées par la mise en route d'un traitement hormonal :

*[...] au début, j'avais quelques bouffées de chaleur [...] Et puis, euh, très rapidement, très, très rapidement, j'ai pris un traitement substitutif, justement pour ne pas avoir ces inconvénients normalement liés au destin des femmes, ça je me voyais pas. Ça je me voyais, je voulais pas assumer ce genre de choses, alors j'ai pris un traitement substitutif qui m'est allé à merveille et depuis je n'en ai subi aucun inconvénient. Aucun. Aucun. (Delphine, 54 ans, ménopause 46 ans)*

*I : Alors finalement, qu'est-ce que ça représente pour vous la ménopause ?*

*M : L'arrêt des règles, c'est sûr. Peut-être qu'on est plus fragile aussi. Mais, moi j'en ai pas souffert. Avec le traitement, s'il est bien adapté, on n'a plus tous ces petits soucis. (Martine, 55 ans, ménopause 53 ans)*

Certaines (3) se sont d'ailleurs engagées dans une thérapie hormonale sans avoir fait l'expérience d'aucun désagrément, en anticipation de problèmes futurs tant à court terme qu'à long terme. Toutes attribuent en effet au traitement hormonal une visée préventive sur l'ostéoporose :

*[Le traitement] il me l'a prescrit avant l'arrêt des règles, avant que je sois ménopausée réellement [...] avec le traitement hormonal de substitution, on n'a pas les migraines, les bouffées de chaleur et tout ça. (Marie 58 ans, âge de la ménopause non déterminé)*

Elles déclarent être bien informées sur la ménopause et les thérapies disponibles, ayant lu des ouvrages et des articles sur ce sujet, en ayant discuté avec des femmes de leur entourage (souvent des amies) et avec leur médecin en anticipation des troubles. Elles ont le sentiment que les femmes de leur génération ont dédramatisé la ménopause qui n'est plus un sujet tabou :

*[la ménopause] mais je n'ai trouvé personne qui en fasse des montagnes. Là je pense que je fais partie de la génération qui a quand même beaucoup réfléchi, partagé. J'ai une amie thérapeute, une amie orthophoniste. C'est plutôt des personnes qui ne gardent pas leurs soucis pour elles (Martine 55 ans, ménopause 53 ans)*

Pour ces femmes la ménopause constitue ainsi un « non-événement » du fait de la disponibilité du traitement hormonal qui « sert à faire comme si la ménopause n'avait pas eu lieu ». Trois d'entre elles ne peuvent d'ailleurs pas déterminer la date de l'arrêt des règles, cet événement étant passé inaperçu du fait de la prise du THS, et n'ont pas le sentiment d'être « vraiment » ménopausées. Le traitement hormonal est donc central dans la construction de la représentation de la ménopause.

#### - La ménopause contrôlée ou soulagée

Pour ces femmes (7), la ménopause est quand même vécue comme un événement qui perturbe l'existence. Elles rapportent de nombreuses manifestations somatiques qui correspondent aux troubles classiques du climatère. La fatigue, la déprime et l'irritabilité sont jugées particulièrement difficiles à vivre et menacent la performance dans la vie professionnelle et familiale. Cette perte de contrôle sur l'humeur peut également renvoyer à certains événements de la vie professionnelle ou familiale mais est toujours, au moins en partie, attribuée à la ménopause.

Plusieurs de ces femmes (4) précisent qu'elles ont été surprises par la ménopause et/ou qu'elles n'en ont pas tout de suite reconnu les signes :

*Je n'avais pas trop anticipé la ménopause, elle est arrivée rapidement. Je pensais avoir encore quelques années devant moi et puis à 48 ans, elle s'est brutalement annoncée. Et là, déjà en fait, la pré-ménopause avait commencé à me gâcher la vie mais je ne faisais pas de relation avec la ménopause. [...] Avant je n'y prêtais guère d'importance, je lisais quand même des magazines qui en parlent, mais je ne soupçonnais pas tous les bouleversements que ça peut entraîner. (Alice 53 ans, ménopause 48 ans)*

Le recours au traitement de substitution, conseillé par le médecin, met fin à une rupture temporaire et permet le retour à la normale :

*[...] j'étais dépressive, toujours énervée, j'avais des sudations nocturnes, des bouffées de chaleur. [...] Donc il (le gynécologue) m'a proposé de suite un THS et je ne me suis pas posé de questions, cela m'a redonné une vie normale. Après un mois ou deux de traitement, tout est redevenu normal, sauf une prise de 3 kilos. (Géraldine 56 ans, ménopause chirurgicale 44 ans)*

En supprimant les manifestations somatiques gênantes, le THS confirme l'existence des symptômes de la ménopause mais aussi leur relation à la ménopause. Ce faisant, la prise du THS valide la thèse du « corps à risque » :

*[...] la ménopause est surtout un grand bouleversement sur le plan physique et biologique et ça, ça n'est pas une vue de l'esprit. Le THS m'a d'ailleurs prouvé le contraire parce que les transformations comme la déprime, la fatigue, les bouffées de chaleur, l'infection gynéco ont duré jusqu'à ce que je prenne un traitement. Donc, ce n'était pas moi qui les imaginais ! (Alice 53 ans, ménopause 48 ans)*

*A : Moi, c'était les bouffées de chaleur. Ca oui. Et puis ces maux de tête. Ca pouvait durer 4 ou 5 jours. Et en fait, c'était cyclique. Au milieu du cycle et puis ça disparaissait. Et puis à la fin du cycle, j'avais de nouveau des maux de tête. Donc, tous les 15 jours j'avais des maux de tête. C'était très pénible. Et c'était hormonal, en fait...*

*I : Vous avez mis du temps à le découvrir ?*

*A : Oui, parce qu'en fait, comme j'ai commencé à avoir des troubles à 42 ans, je croyais pas que ça venait de là (de la ménopause). J'en ai parlé au gynéco. Il m'a donné des médicaments pour ne pas avoir mal à la tête mais c'est tout.*

*I : Ca avait un effet ?*

*A : Non. Et puis c'est au moment où j'ai pris le substitutif que les maux de tête ont cessé. Donc j'ai fait le lien tout de suite. (Anne 53 ans, ménopause 50 ans)*

L'expérience des troubles du climatère et de la prise du THS qui permet de les soulager participent ainsi activement de la construction de la ménopause comme « pathologie carencielle », représentation qui s'impose alors comme une évidence indiscutable.

#### 4.2.1.2 La ménopause naturelle<sup>64</sup>

Pour ces femmes (5), la ménopause constitue une évolution physiologique naturelle qui marque la fin du cycle reproductif. Elles insistent sur le fait que leur ménopause « *s'est bien passée* », « *n'a pas eu d'importance* », n'était « *pas un cap* ». Elles considèrent que la fin de la production ovarienne peut entraîner des inconvénients mais ceux-ci sont jugés mineurs et sans conséquences sur la santé.

L'arrêt des règles est là encore vécu comme « *une grande tranquillité* » et n'est pas interprété comme la fin de la féminité, sauf pour une femme qui a subi une hystérectomie totale à l'âge de 35 ans (celle-ci explique qu'elle aurait souhaité avoir d'autres enfants et que l'incapacité d'en avoir l'a empêché de retrouver un compagnon par la suite) :

*I : Comment vous l'avez vécu la ménopause ?*

*M : Sans problèmes. Sans problèmes parce que je n'ai pas eu...à part quelques bouffées de chaleur mais qui se voyaient même pas alors ! Le problème, enfin, c'était même pas un problème, j'avais chaud. [...] Mais autrement, ça s'est très bien passé. Et puis dans ma tête, ça m'a pas perturbée. Je me suis pas sentie si vous voulez, plus âgée. Il y a pas eu de transformations quoi. (Myriam 58 ans, ménopause 48 ans)*

*Comment je l'ai vécu (la ménopause) ? Ben c'était un soulagement, ce n'était pas grave. Un soulagement. Très bien. Il n'y a pas eu du tout de problème. Non, je n'ai pas senti quelque chose de ma féminité qui partait. (Brigitte 59 ans, ménopause 55 ans)*

*I : Comment vous l'avez vécu la ménopause ?*

*S : Ca n'a pas eu d'importance pour moi. J'ai pas eu du tout d'impact, d'état d'âme.*

<sup>64</sup> Cette représentation de la ménopause comme un phénomène naturel et sans conséquence est également mise en évidence dans la recherche de Daniel Delanoë (2001).

*Psychologiquement, ça ne m'a rien fait et je n'ai pas eu du tout de troubles physiologiques donc c'est passé...relativement discrètement. (Sylvie 56 ans, ménopause 50 ans)*

Deux femmes rapportent pourtant des troubles du climatère assez importants (bouffées de chaleur, hémorragies, douleurs des articulations) mais insistent sur le fait que ces transformations sont « normales » ou temporaires et ne sont donc pas envahissantes. Ainsi, ce n'est pas tant l'absence de troubles qui caractérise ces femmes que la signification qu'elles leur accordent :

*I : Est-ce que vous avez eu des bouffées de chaleur ?*

*R : Ah, oui, j'en ai même encore actuellement. Ma fille, elle rigole. [...] elle me dit : tu deviens rouge comme une pivoine. On prend des couleurs, mais là, ça a l'air de se tasser.*

*I : Et comment vous le vivez ?*

*R : P fou !!! et bé, on sent de la chaleur et puis là, on étouffe. Tout le monde qui a froid et vous, vous avez chaud. Et ma peau elle devient rouge pivoine ! Et puis, pffff, on a du mal à souffler. On le sent.*

*I : Est-ce que vous en avez parlé à votre médecin ?*

*R : Oui, mais il m'a dit que c'était normal. Alors... Et puis moi, je sais que c'est des choses normales, alors je laisse aller.*

*I : Est-ce qu'il y a d'autres symptômes que vous associez à la ménopause ?*

*R : Les jambes qui vous font mal. Mais, c'est pas grand chose. Voilà, aux changements de temps. C'est comme là au changement de temps, ça me fait mal aux mains. Vous voyez cette main, là, je souffre depuis hier. Mais c'est rien, ça c'est des petits bobos de rien du tout. (Rose 55 ans, ménopause chirurgicale 35 ans)*

Ces femmes précisent aussi qu'elles ont appris à gérer les bouffées de chaleur et les changements d'humeur qu'elles associent à la ménopause, soit par des pratiques vestimentaires et alimentaires adaptées, soit en les acceptant :

*S : Alors, j'ai effectivement les problèmes de chaleur, de chaud, de froid, mais, je bois, je m'aère. Et puis voilà, j'enlève le gilet, je le remets. Je me suis organisée au niveau vestimentaire de façon à le vivre relativement bien.*

*I : A part le fait d'avoir chaud, vous n'avez pas eu d'autres manifestations ?*

*S : Je vois que je suis un petit peu plus speed. Bon le caractère change un petit peu quand même. Donc, j'essaie de prendre sur moi. De me dire, tiens c'est pour ça que je réagis comme ça. Mais bon...j'ai toujours vécu en fonction de mon âge. Je veux dire j'ai pas essayé de vouloir vivre plus jeune ou plus vieux... Donc, ça se passe bien. (Sonia 58 ans, ménopause 56 ans)*

Quatre de ces femmes ont constaté une prise de poids au moment de la ménopause dont elles ne sont pas très satisfaites mais qu'elles jugent inéluctable. Deux se sont engagées dans des régimes sans trop de conviction. Une autre, qui déclare ne plus pouvoir porter les vêtements qu'elle aime, les achète maintenant pour sa fille. Ces femmes témoignent ainsi d'un désengagement du contrôle du poids. Cette « déprise » (Barthe *et al.*, 1990) leur permet aussi de mieux accepter ces évolutions puisque « l'essentiel est ailleurs » :

*C'est pas un sujet de préoccupation mais c'est vrai que mon poids ne me convient pas. Parce que j'ai beaucoup grossi à 50 ans. Et bon, j'ai 10 kilos de trop. Et je me dis il faudrait quand même que je fasse quelque chose. Et puis je le fais et puis j'arrête. (rires) Mais ça m'interpelle pas outre mesure. (rires) Mais je pense qu'à mon âge, c'est pas évident. (Sylvie 56 ans, ménopause 50 ans)*

*[...] oui, j'ai pris progressivement des kilos et c'est vrai que j'étais une nature quand même à être pas maigre mais mince. Et c'est vrai que là, je devrais quand même faire un effort. Mais l'effort j'arrive pas pour l'instant. [...] quand on va acheter des vêtements parce que évidemment tout ce que je voudrais acheter pour moi que je ne peux pas porter, j'ai tendance à l'offrir à ma fille. Alors je fais un transfert sur elle et ça lui plaît, et je crois qu'elle n'a plus rien besoin, qu'elle en a trop. Mais je crois que je compense. Parce que je lui offre, et là, je suis ravie, parce que je vois, ce que j'aimerais moi porter, je le vois sur elle, alors c'est sympathique aussi. (Rires...) (Myriam 58 ans, ménopause 48 ans)*

Ces femmes considèrent également que les rides et le relâchement cutané qu'elles n'associent pas spécifiquement à la ménopause ont un caractère inéluctable. Elles insistent sur la nécessité d'accepter ces transformations ou essaient tout au moins de ne pas y penser :

*Ben oui, c'est peut-être le relâchement cutané, les rides, qui vont survenir de façon plus accrue, mais ça me paraît inévitable. (Sylvie, 56 ans, ménopause 50 ans)*

*[...] l'autre jour il y avait une émission à la télé, c'est un fil d'or qu'il faut se passer sous la peau pour avoir moins de rides. Alors, là ! ça me viendrait pas à l'idée de le faire. Quand j'aurai des rides, et ben, je les accepterai...Hein ! Et puis c'est tout ! (Myriam 58 ans, ménopause 48 ans)*

Brigitte qui juge que les transformations qu'elle observe ne sont pas forcément « réjouissantes » déclare qu'elle évite de se regarder, ce qui est là encore une façon de se « déprendre » d'une lutte qu'il est difficile de gagner contre les signes du temps qui passe :

*[les rides] ça me renvoie une image épouvantable. J'aime pas me regarder. Parce que l'image que j'ai de moi c'est pas une image physique c'est un ressenti. Donc il y a un décalage. [...] ce qu'il y a de bien c'est que quand je ne mets pas mes lunettes, je ne vois rien. C'est très bien parce que l'image est floue, comme ça je ne vois pas les rides. Je me regarde pas trop avec les lunettes. (rires) (Brigitte 59 ans, ménopause 55 ans)*

Deux de ces femmes ont pris un traitement hormonal. La première l'a interrompu au bout de huit jours parce qu'elle n'en supportait pas les effets secondaires. Elle a préféré les hémorragies qu'a entraîné le passage à la ménopause, qu'elle a jugé pénibles mais qui n'ont pas duré longtemps. La seconde qui a subi une hystérectomie totale à l'âge de 35 ans a suivi le traitement pendant 3 ans sous conseil de son médecin puis l'a interrompu parce qu'elle le trouvait trop contraignant. Elle préfère supporter les bouffées de chaleur qui ne la préoccupent guère. Les trois autres femmes ont préféré employer des moyens plus naturels (homéopathie et phytothérapie) pour soulager les troubles de la ménopause.

Toutes ces femmes semblent peu préoccupées par le risque d'ostéoporose. Deux ne l'évoquent pas. Deux autres considèrent que ce risque est assez incertain tout comme l'effet préventif du traitement :

*Et puis ben, l'ostéoporose... Mais avec le recul, est-ce qu'on peut savoir exactement si ça (la prise du THS) a eu un effet important au niveau de l'ostéoporose ? Moi, je suis pas sûre. Parce que ces traitements existent depuis combien d'années ? 20 ans, à peu près hein ? Donc le recul là, n'est pas suffisant. Parce que les femmes qui ont commencé, elles avaient entre 45-50 ans et elles arrivent à 70 ans. Et à 70 ans, c'est vrai qu'on peut déjà avoir l'ostéoporose, même des personnes plus jeunes mais c'est quand même très rare. Alors là, je crois qu'il faut encore attendre pour savoir. Et en plus est-ce que ces femmes là auraient eu de l'ostéoporose ? C'est pas sûr ! (Myriam 58 ans, ménopause 48 ans)*

La dernière précise que le risque d'ostéoporose constituait pour elle la seule raison qui aurait pu la convaincre de suivre un traitement. Mais puisqu'au « niveau osseux, tout allait bien », elle explique avec soulagement qu'elle n'a pas eu à le faire.

Deux de ces femmes s'inscrivent plutôt dans la continuité, témoignant d'un vieillissement qu'elles jugent progressif. Trois font état de ruptures qui participent de leur prise de conscience du vieillissement mais ne sont pas associées à la ménopause : pour l'une, c'est un accident dont elle a tout juste récupéré, pour l'autre, c'est l'apparition récente de problèmes de santé (diabète, cholestérol, perte des dents). La dernière évoque une séparation conjugale très récente. Quatre de ces femmes travaillent encore mais deux ont considérablement réduit leur investissement dans l'activité professionnelle. A l'exception d'une femme qui a vraiment le sentiment de vieillir, parce qu'elle se sent très diminuée physiquement, les autres se disent actives et mettent l'accent sur les opportunités qui s'offrent aux femmes à la retraite, notamment du fait du départ des enfants :

*Il y a encore plein de choses à faire. [les femmes] Elles peuvent voyager. Elles peuvent ... Même ici, il y a plein d'activités. Et souvent des choses qu'on fait pas quand on travaille et qu'on a des enfants. Quand on n'a plus d'enfants on est un petit peu plus libre et je sais pas on peut reprendre tout ce qu'on n'a pas pu faire quand on avait, je sais pas 20 ou 30 ans. (Myriam 58 ans, ménopause 48 ans)*

*[...] je suis heureuse de la vie que j'ai menée en fait, je la trouve passionnante et je me sens fatiguée mais je me sens pleine de ressources encore. (Brigitte 59 ans, ménopause 55 ans)*

#### 4.2.1.3 La ménopause fatalité

Pour cinq femmes (deux sont encore en péri-ménopause), la ménopause constitue « *une mauvaise période* » de la vie. Elles envisagent l'arrêt des menstruations et la fin de la fécondité de manière ambivalente, à la fois comme un soulagement mais aussi comme la fin de la jeunesse, et pour deux, de la féminité.

Elles rapportent beaucoup de manifestations somatiques notamment des hémorragies et des bouffées de chaleur dont elles disent beaucoup souffrir. Trois de ces femmes témoignent également de troubles dépressifs et d'une irritabilité dont elles se sentent coupables. Toutes ces manifestations somatiques ont un impact sur leurs relations familiales et professionnelles ainsi que sur leurs projets.

Ces femmes font beaucoup de référence à la variation hormonale (« *les hormones qui s'inversent* », « *qui varient très, très vite* »). Celle-ci entraîne, selon elles, de multiples transformations physiques, psychologiques et esthétiques. La ménopause correspond ainsi au moment où « *tout se détraque* » et « *se dégrade* » sur le plan physique. Ces femmes témoignent ainsi d'une vision très négative de la ménopause proche de celle que présente le modèle bio-médical, la fin de la production hormonale mettant le corps à risque. Toutefois, elles considèrent (y compris celles qui ont pris un traitement de substitution), que ce phénomène ne peut être complètement soulagé par la prise d'un THS. La ménopause constitue ainsi une sorte de « fatalité » féminine, une étape difficile par laquelle il faut passer et qui débouche sur un nouveau statut « *qu'il faut accepter* » :

*I : Finalement, qu'est-ce que ça représente pour vous la ménopause ?*

*P : C'est un mauvais moment, vraiment on n'est pas bien. Mais j'imagine qu'il faut passer à travers. Il y a pas moyen. C'est sûr, le traitement ça aide, mais on ne va pas le garder tout le temps. Maintenant, on ne sait plus si il faut le prendre ou pas. C'est pas clair. (Pauline 58 ans, ménopause 52 ans)*

*[...] j'ai l'impression que c'est une période, qu'il faut une période.... Enfin, c'est comme l'adolescence ! Il faut le vivre. Alors il y a des moyens pour que ça soit plus agréable mais je ne crois pas qu'une femme puisse passer sans s'en apercevoir. Ça doit être rare ou ce n'est pas lié à des techniques. On est souvent différente chacune, avec des manifestations différentes et d'autres qui se retrouvent. Mais on a toutes une période à passer. (Sandrine 55 ans, péri-ménopause)*

Plusieurs facteurs expliquent que le traitement de substitution ne soit pas envisagé comme une solution adéquate. Pour deux femmes, il n'est pas accessible. Une des femmes est en péri-ménopause et sa gynécologue lui a conseillé d'attendre d'être ménopausée pour envisager un traitement de substitution. L'autre ne peut envisager un traitement de substitution (et le regrette) parce qu'elle présente des contre-indications. Elle témoigne par ailleurs d'un agacement à l'égard de son gynécologue qui lui a fait interrompre la prise de son contraceptif oral trop tôt, selon elle, la projetant dans le statut de femme ménopausée de manière anticipée :

*A 50 ans, ensuite, il a fallu arrêter la pilule et je crois que c'était trop tôt. Et là est venue la ménopause, enfin les problèmes liés à la ménopause. [...] j'ai eu des problèmes et j'ai eu une hémorragie, j'ai un fibrome qui traîne [...] Et je crois que l'arrêt de la pilule a été une des causes, enfin, une des causes... Donc là, je peux pas prendre autre chose parce qu'il y a des risques d'embolies pulmonaires. (Geneviève 56 ans, péri-ménopause)*

Les autres femmes sont beaucoup plus ambivalentes à l'égard du THS, jugeant qu'il peut entraîner des effets secondaires. Aussi, ce traitement ne constitue-t-il pas une solution acceptable : « *j'ai entendu, j'ai lu et je me demande si le remède n'est pas pire que le mal des fois* ». Enfin, l'ambivalence dont ces femmes témoignent à l'égard de l'arrêt des règles semble indiquer que pour elles, la ménopause dépasse la seule dimension biologique.

En ce qui concerne l'image corporelle, quatre de ces femmes témoignent d'une grande insatisfaction, mettant l'accent sur les multiples transformations qu'elles attribuent à la ménopause (prise de poids, rides et relâchement cutané, cheveux plus clairsemés et plus secs, ongles mous), qui sont jugées irréversibles :

*Alors maintenant ! inutile de vous dire.... Avec du recul, je me dis mais quand même tu étais toute mince, tu n'avais pas de rides, tu avais des cheveux noirs et maintenant, tu es grosse, tu as des rides, tu as des cheveux blancs, plus rien ne va. Tu as mal ici, tu as les doigts qui se déforment. Alors, je ne suis pas contente encore ! Je pense que chez moi, c'est définitif. Je ne serai pas contente. (Camille 55 ans, ménopause 53 ans)*

Ces cinq femmes se sentent assez impuissantes vis à vis de la prise de poids qu'elles jugent importante. Elles décrivent un ventre qui gonfle les amenant à « *dire adieu au corps d'il y a quelques années* ». Plusieurs déclarent ne plus se plaire et cessent de s'investir dans des activités où le corps est exposé ou visant à l'embellir. Toutefois, contrairement aux femmes de la catégorie précédente, elles ne semblent pas avoir accepté ce désengagement :

*[...] quand je rentre dans une boutique, je me dis, tiens, il faudrait que je m'achète quelque chose, bon vite, je me rends compte que je me plais plus, alors vite j'arrête. (Geneviève 56 ans, péri-ménopause)*

Toutes ces femmes témoignent d'une prise de conscience du vieillissement (« *on est des vieilles* ») liée aux transformations biologiques qu'elles constatent et qui s'articulent, voire

sont provoquées par la ménopause. Ce processus du « devenir vieille » (Côté, 1996) renvoie également à un sentiment de moindre performance, de moindre adaptation ou même de mise à l'écart au sein de la sphère professionnelle. Plusieurs de ces femmes vivent difficilement la confrontation aux générations plus jeunes dont les méthodes et le rapport au travail sont différents. La ménopause est ainsi vécue comme un véritable tournant dans la trajectoire, que ces femmes évoquent d'elles-mêmes lorsqu'on les questionne sur les transformations dont elles ont fait l'expérience au cours des dernières années. Elle constitue ainsi un événement « déclencheur » (Côté, 1996), marquant la fin de la jeunesse, reliant et donnant sens aux différentes ruptures biographiques et corporelles que les femmes vivent.

#### 4.2.1.4 La ménopause « transition libératrice »<sup>65</sup>

Ces femmes, au nombre de trois, témoignent également d'une expérience assez pénible de la ménopause qu'elles évoquent comme les précédentes sans avoir été questionnées spécifiquement sur ce sujet. Elles rapportent des transformations physiologiques et esthétiques qui coexistent avec certaines ruptures dans la vie professionnelle (perte de l'emploi) et personnelle (divorce). C'est le cas de Paule qui a perdu son emploi en suivant son conjoint qui décide alors de divorcer :

*Et mon mari m'a quitté. Et je me suis retrouvée toute seule. Il a bien fallu faire quelque chose, je trouvais plus, je trouvais pas de travail. On me répondait que je... Quand j'envoyais des lettres de motivations et tout ça, je pense que peut-être j'ai demandé trop. J'étais bien payée et j'ai trouvé qu'ici c'était pas pareil. C'était loin d'être le même salaire que ce que je touchais. Bon alors, je ne trouvais plus, j'avais plus de 40 ans. [...] Donc là, de 40 ans, après 40 ans, retrouver un emploi, c'est très rare à moins d'avoir des connaissances. Et moi je connaissais personne à C. [...] C'est mon âge qui faisait barrière quoi. Oui, parce que quand j'étais en concurrence, je me retrouvais avec des jeunes femmes 25 ans, 26 ans. Elles sont moins payées, elles avaient quand même pas le même bagage que moi mais elles passaient plus facilement. Donc, j'ai compris. [...] Boh, et puis le corps s'est transformé aussi avec la ménopause. Bon, c'est... ça c'est un côté aussi qu'il faut savoir... C'est pas évident hein ! Surtout moi, il m'est arrivé... Donc mon mari m'a quitté. Je rentrais dans la ménopause, alors ça a été... Déjà quelqu'un qui n'a*

<sup>65</sup> Ce type présente des similarités avec celui de la « représentation positive » que Delanoë (2001a) propose dans son modèle. Cette représentation est caractéristique des femmes qui envisagent la ménopause comme un temps de libération des contraintes domestiques et un « temps pour soi ». Toutefois, dans l'étude de Delanoë, elle correspond à des femmes qui ne rapportent pas de transformations corporelles importantes.

*pas la ménopause à qui ça arrive, il se dit : ça y est, je ne plais plus. Mais alors... Mais moi, j'ai eu ça et puis en plus j'avais tout mon corps qui se transformait alors, j'avais du mal à l'accepter. (Paule 53 ans, ménopause 49 ans)*

Pour ces femmes, la ménopause participe aussi d'une prise de conscience du temps qui passe reliant les différentes ruptures de l'existence et leur donnant sens. Toutefois, contrairement aux femmes de la catégorie précédente, cette prise de conscience est jugée bénéfique ; elle génère un sentiment d'urgence, une volonté de vivre pleinement son existence, entraînant différentes formes de « déprises » (Barthe *et al.*, 1990). Les femmes se désinvestissent de certains engagements pour s'impliquer dans d'autres activités et relations qu'elles jugent plus essentielles. Certaines de ces activités sont centrées sur l'épanouissement personnel, d'autres sur l'utilité sociale. Agnès, qui rapporte différentes transformations physiques, toutes n'étant pas attribuées à la ménopause, témoigne ainsi de la nécessité de s'engager dans une désocialisation professionnelle anticipée pour s'investir dans d'autres projets :

*On est devant la vieillesse [...] Parce que ça vient d'un coup. Ca, c'est étonnant. Ca vient d'un coup. Il y a un moment où il y a une espèce d'accélération du temps. Moi, je me rappelle avoir toujours entendu dire ça quand j'étais jeune et je trouvais ça complètement idiot. (rires) Mais maintenant, je le sens il y a une accélération du temps. On a, vous parliez de la relation à son corps, et bien on a beaucoup moins d'énergie. Euh, donc il faut en faire autre chose de son énergie. On a une aspiration de ce fait d'aller à l'essentiel. Et vite. Parce que si on va consacrer l'énergie qu'on a à des choses importantes, il faut faire la part du secondaire. Et puis, il arrive un moment où l'on sent bien que si on ne se recentre pas sur le principal, on s'éparpille dans le secondaire et on n'a plus après la force de faire le principal. Et c'est un peu la question que l'on se pose. Par rapport au travail, est-ce qu'on arrivera à en faire quelque chose ? Mais aujourd'hui, au travail, je sais que les choses me deviennent de plus en plus pénibles. Ca me devient de plus en plus pénible de travailler alors que je pourrais faire autre chose. Ca devient plus accessoire. (Agnès 55 ans, ménopause 49 ans)*

Mathilde se désengage de relations avec des personnes de son entourage (et même symboliquement avec ses parents décédés), qu'elle ne jugeait pas pleinement satisfaisantes considérant que ces personnes lui renvoyaient une image d'elle même qu'elle ne veut plus accepter :

*Et puis le jour de mes 50 ans, je suis allée sur la tombe de mes parents en A, sans fleurs et je leur ai dit merde. Parce que pendant 50 ans, je m'étais trimbalée beaucoup de*

*choses. Et je l'ai fait, j'avais pas du tout préparé. J'ai eu une pulsion et je suis allée. Et je le regrette pas parce qu'il faut un jour ou l'autre dire merde à ses parents, parce que j'étais fatiguée de tout le poids qu'ils m'avaient mis sur les épaules. Et j'ai pas honte, je l'ai fait. [...] c'est qu'à partir de 50 ans j'ai fait du ménage dans les personnes autour de moi. Je me suis dit mais pourquoi entretenir des rapports superficiels avec des gens qui en ont rien à foutre de toi ? Je vous ai dit c'était peut-être lié à la ménopause, à la thyroïde, je ne sais pas j'ai englobé ça sous le mot irritabilité. Mais j'ai fait du ménage. Avec des personnes de ma famille ou des amis. Euh, ça a été très dur, ça a duré un an et demi. [C'était] pour rompre les relations avec les gens qui ne voulaient pas m'accepter telle que j'étais. Je pense à deux de mes tantes qui se permettaient de me gronder comme une gamine. (Mathilde 54 ans, ménopause 52 ans)*

Période de renégociation des engagements, la ménopause est ainsi envisagée comme une « transition nécessaire » débouchant sur une plus grande liberté permettant le « vivre » et le « faire pour soi » (Gestin, 2003). Cette nouvelle liberté s'inscrit notamment dans une mise à distance des engagements dans les rôles familiaux et domestiques :

*(la ménopause) C'est vrai que c'est l'acceptation d'une modification physique et c'est l'acceptation d'une modification irréversible, d'un état mental qui va nous conduire vers notre finalité à tous. Alors je dis pas que c'est la mort mais ....Par contre, j'ai des choses bizarres qui me passent dans la tête. Je me dis que je vais bien vivre la plénitude de mon corps encore une dizaine d'années. Et que donc, il faut que je sache ce que je vais faire de ces 10 ans. Et il y a 15 jours, j'avais en tête de partir en Afrique jusqu'à 65 ans. De toutes façons, après 65 ans... Seulement c'est incompatible avec ma vie avec H (son conjoint). Lui, il voudrait rester ici. Et moi cette perspective de jeunes retraités surtout tournés vers nous mêmes, moi je ne peux pas. [...] Non, la ménopause, ce que ça me fait, c'est plus un changement d'état d'esprit. Là, j'ai envie de faire attention à moi, de faire des choses urgentes pour moi. (Mathilde 54 ans, ménopause 52 ans)*

*P : Ben, je pense, je vais avoir des projets, des choses pour moi. [...] il y a des tas de choses que je voudrais faire. Je voudrais bien voyager, m'occuper de moi. Euh... oui m'occuper de moi. Etre un peu... devenir égoïste. Je me demande si c'est pas ça. C'est peut être ma génération qui veut ça. [...] M'occuper de moi, c'est me faire, c'est par exemple aller de temps en temps en cure... des choses comme ça mais bon je n'y vais pas parce qu'il y a les études (de mon fils), ça me coûte de l'argent et je ne peux pas. Et pouvoir dire : non ! J'ai deux petits enfants [...] de mon premier fils qui a actuellement 29 ans. Et dire : non. Ben, bon, maintenant, je pars. Je suis pas là. Comptez pas sur moi ! Un peu me conduire comme le film, comment qu'il s'appelait ? « la vieille dame indigne », [...] qui était très bien, où on voyait une grand-mère qui disait bon ben maintenant, ça va, je dépense mon argent, c'est à moi. Je veux. J'aimerais bien être comme ça. Profiter de la vie. [...] Envie de dire non. Débrouillez vous, je me mets au vert pendant trois semaines, un mois, vous inquiétez pas. Oh, ça doit être bien. Débrancher tout. (Paule 53 ans, ménopause 49 ans)*

Ces femmes semblent par ailleurs tirer profit des transformations qui accompagnent la ménopause, qui donnent l'occasion d'accéder à une meilleure connaissance de soi. Cette transition s'accompagne ainsi d'un nouveau rapport au corps marqué par une plus grande écoute et une volonté de « réconciliation » avec soi. Pour Paule, cette nouvelle relation au corps est caractérisée par le désengagement de certaines activités de contrôle au profit de pratiques plus hédonistes (thalassothérapie, massages). Elle exprime aussi la volonté de se préserver, de s'économiser :

*J'ai fait un régime pendant une semaine et puis j'ai dit : non ! allez j'abandonne ! [...] Non, j'aime pas et puis finalement, je suis sur la terre pas pour, moi je suis là, j'ai envie de rigoler, de m'amuser, j'ai plus envie des contraintes. Alors, un régime, c'est une contrainte. Terminé, terminé. J'ai changé hein ! Oh, là, là ! [...] Oui, alors, là maintenant, c'est terminé. J'ai plus de complexes. La petite jeune fille qui pesait ses 46 kilos c'est terminé. Je l'accepte.*

[...]

*à mon domicile, j'ai un escalier, j'en ai même deux [...] si je dois monter quelque chose dans la chambre. Bon, ben, je dépose au bas de l'escalier en me disant lorsque tu iras au premier étage, tu vas tout monter en même temps. Je ne fais plus ce que je faisais avant, monter, descendre, monter, descendre. Ca c'est terminé. Maintenant, j'économise. Mais je le fais inconsciemment. J'ai remarqué ça. Tout est beaucoup plus... Je sais pas si je le fais par calcul mais c'est peut être mon corps qui demande de faire plus... Puis je fais les choses à la maison calmement, t'as pas le temps... et puis je suis devenue philosophe aussi. T'as pas le temps de faire ça aujourd'hui ? C'est pas grave. Tu fais ça demain. Avant, avec deux enfants, un mari. Oh, la, la, je me sentais... C'est fini ça. J'agis plus du tout pareil. [...] parce que c'est mon corps qui me signale maintenant. Tous les petits trucs auxquels avant on n'attachait pas d'importance. Non, je suis plus attentive maintenant. (Paule 53 ans, ménopause 49 ans)*

Pour Mathilde et Agnès, cette réconciliation avec le corps, envisagé comme un véritable « alter-ego » (Le Breton, 2003a) passe par un investissement accru dans des pratiques d'entretien et de contrôle (alimentation, pratique physique) :

*Finalement, j'aime bien mon corps. J'essaie de le respecter le plus possible pour qu'il continue à être le mieux possible le plus longtemps possible... Donc, c'est vrai qu'il faut aussi essayer de faire attention à ce qu'on mange, essayer de ne pas trop grossir. Ne pas se laisser déborder. Voilà tout ça. Tout ce qui était facile il y a 4 ou 5 ans. Et même peut-être un peu plus longtemps que ça. [...] Alors ça c'est une découverte. Il faut apprendre à le gérer. A le gérer sans s'énerver. A faire avec pour que ça se passe bien. Mais c'est*

*clair que c'est autre chose et il faut pas le négliger. Il faut en tenir compte, sinon on ne sait pas où l'on va. (Agnès)*

#### 4.2.2 Les logiques à l'œuvre

##### 4.2.2.1 Scolarité et appartenance socioprofessionnelle

Notre échantillon se caractérise par une dichotomie entre les femmes ayant complété des études universitaires (13) et les femmes n'ayant pas de diplôme universitaire (13). Nos données semblent indiquer que certaines représentations de la ménopause sont plus caractéristiques des femmes les plus scolarisées et inversement. La relation est moins évidente avec la catégorie socioprofessionnelle, la scolarité jouant, sans doute, un rôle plus important que le revenu. Il convient toutefois d'être très prudent dans l'interprétation de ces résultats puisque la taille restreinte de l'échantillon ne permet pas de tester l'existence de telles relations. Ce n'est d'ailleurs pas l'objectif de cette recherche qui vise avant tout à mettre en évidence les différentes dimensions qui structurent les représentations de la ménopause et non leur distribution au sein de la population. Nous présentons toutefois les tendances qui semblent se dessiner.

La représentation de la « ménopause effacée » semble plus partagée par les femmes ayant un diplôme universitaire (4/5) de cycle long (BAC +4 ou +5) que par celles dont la scolarité est plus courte (1/5). Une des caractéristiques de ces femmes qui ont le sentiment de faire disparaître la ménopause est qu'elles adoptent le traitement de substitution en anticipation des troubles du climatère et dans le but de prévenir l'ostéoporose. Or, plusieurs recherches ont indiqué que ces comportements préventifs, qui permettent comme l'explique Delphine « *de faire ce qu'il faut avant* » sont généralement plus répandus au sein des classes moyennes et supérieures (Pierret, 1984). Ces femmes vivent dans des foyers où la personne référence appartient à la catégorie des « cadres et professions intellectuelles supérieures » (3), des « artisans-commerçants » (1), et des « employés » (1).

Les femmes qui considèrent que la ménopause est une étape naturelle sont également plus nombreuses (4/5) à avoir accompli une scolarité universitaire, ce qu'avait également souligné la recherche de Delanoë (2001a). Elles vivent dans des foyers où la personne référence appartient à la catégorie des « cadres et professions intellectuelles supérieures » (1) ou des « professions intermédiaires » (3).

Le niveau d'éducation semble au contraire moins élevé chez les femmes qui considèrent que la ménopause est un événement que l'on peut contrôler ou soulager (6/8). Ces femmes se déclarent moins informées sur la ménopause que celles qui ont le sentiment d'avoir « effacé » cet événement. Plusieurs ont d'ailleurs été surprises par les troubles dont elles témoignent et ont mis un certain temps avant de les « reconnaître » et de les attribuer à la ménopause. Ces femmes se répartissent entre des foyers où la personne référence appartient à la catégorie des « cadres et professions intellectuelles supérieures » (pour la plupart des femmes témoignant d'une trajectoire de mobilité sociale ascendante du fait de la profession de leur conjoint) et des foyers où la personne référence appartient à la catégorie des « employés ».

Au sein du groupe de la « ménopause fatalité », on trouve à peu près autant de femmes ayant terminé une scolarité supérieure que l'inverse. Ces femmes sont par contre plus nombreuses à vivre dans des foyers plus favorisés (4/5), c'est à dire où la personne référence du ménage appartient à la catégorie des « cadres et professions intellectuelles supérieures » ou des « professions intermédiaires ». Les femmes qui considèrent la ménopause comme une transition libératrice sont peu nombreuses (3). Deux d'entre elles ont un niveau d'études universitaires et vivent dans des foyers où la personne référence appartient à la catégorie des « cadres et professions intellectuelles supérieures ». La troisième est de catégorie « employé » et possède un niveau de scolarité moins élevé.

#### 4.2.2.2 Les ressources à mobiliser pour la re-construction identitaire

La moitié des femmes rencontrées (14) fait état de ruptures qui se produisent au moment de la ménopause (dans les sphères professionnelle, familiale, conjugale et au niveau de la santé). L'articulation de ces événements de l'existence avec la ménopause varie, comme nous

l'avons vu, selon les représentations de la ménopause. Ainsi, ces événements ne sont-ils associés à la ménopause que par les femmes qui considèrent cette transition comme une fatalité féminine et par celles qui y voient l'occasion d'une libération.

Pour ces femmes, la ménopause provoque une re-construction de sens, un retour réflexif sur soi (Giddens, 1991) dont l'issue semble varier en fonction des ressources qu'elles peuvent mobiliser. Prenons l'exemple de deux femmes (Sandrine et Mathilde) qui se sont très largement investies dans leur carrière professionnelle et qui vivent toutes les deux avec un conjoint exerçant une profession de cadre. Celles-ci considèrent la ménopause comme une période difficile, marquée entre autres par une rupture non anticipée dans la sphère professionnelle : Mathilde est licenciée tandis que Sandrine est mise en pré-retraite.

Chez Mathilde, la ménopause libère une irritabilité et une colère qui l'amène à renégocier ses relations avec certaines personnes de son entourage, notamment dans la sphère familiale. Elle décide alors de renouer plus intensément avec quelques « *vraies copines* ». La reconstruction identitaire se fonde ainsi sur une sélection des engagements relationnels, ce qui correspond tout à fait au phénomène de déprise (Barthe *et al.*, 1990). Après avoir fait le deuil d'une activité professionnelle rémunérée, elle planifie avec plusieurs femmes rencontrées dans le cadre de son travail en milieu associatif, la mise en place de projets d'utilité sociale. Elle réinvestit ainsi sans difficulté ses compétences passées dans un nouveau cadre. Elle envisage également de partir vivre en Afrique sans son conjoint qui voudrait la cantonner dans l'univers confortable d'une retraite tournée vers soi. Ces nouveaux engagements, bien qu'ils soient encore au stade de l'anticipation, lui permettent de se projeter, de « coloniser le futur » (Giddens, 1991) et de « réussir » la transition de la ménopause. Cette « reprise en mains » s'accompagne d'une reprise de contrôle sur le corps.

Sandrine rapporte un vécu différent. La perte soudaine de l'activité professionnelle, qui survient à la suite de la fermeture de certaines unités de l'entreprise où elle travaillait, est vécue de manière particulièrement douloureuse. Non seulement met-elle en péril sa capacité à se projeter dans l'avenir, mais elle vient également ébranler la signification accordée à son

investissement professionnel passé. Du fait de la fermeture de l'entreprise, elle a en effet le sentiment que sa contribution a été totalement inutile :

*[...] en fait c'est le fait de ne plus travailler, d'être.... Ca m'a fait un peu l'effet d'un rejet. J'ai eu un rejet. Tu partiras, on n'a plus besoin de toi, voilà. Pas du fait de l'âge, pas qu'on me dise : tu es trop vieille pour travailler. Non, mais, on n'a plus besoin de toi, ce que tu as fait pendant 35 ans, que ce soit quelqu'un d'autre qui le fasse, que ce soit personne, on s'en fout. Voilà ça n'a servi à rien (Sandrine, 55 ans, péri-ménopause)*

Deux ans après sa mise en retraite anticipée, Sandrine peine encore à trouver une activité qui compense la place qu'occupait le travail et qui puisse donner sens à son existence. Elle insiste aussi sur le fait que n'étant ni mère, ni grand-mère (« *c'est mon plus grand regret. C'est quelque chose qui me suit, qui a eu une incidence sur ma vie entière* ») elle ne peut investir une identité grand-maternelle comme l'ont fait ses collègues.

*Oh mes collègues étaient déjà plus âgées donc elles avaient déjà envisagé la retraite avant. Donc elles avaient cette démarche et puis elles ont des petits enfants, donc ça occupe. Elles savaient qu'elles pourraient être sollicitées chaque fois que les enfants sont en congés, malades.... Donc elles, c'était leur vision des choses. Elles seraient plus sollicitées, elles verraient d'avantage leurs enfants, petits enfants.*

Elle témoigne également d'une grande solitude, ayant eu de la difficulté à maintenir des liens avec ses anciens collègues. Elle constate aussi que ses quelques amies (qui elles travaillent encore), ne peuvent lui accorder beaucoup de temps. De plus, alors qu'elle aurait souhaité une renégociation de la « bonne distance » avec son conjoint, « autrui par excellence » (Caradec, 2004), envisageant notamment l'engagement dans des activités communes, elle constate que ce rapprochement n'a pas eu lieu. Celui-ci, également retraité, semble en effet privilégier des activités « en solitaire » dont elle se sent exclue. Elle déplore enfin de ne pas parvenir à envisager de nouvelles activités, aucune ne l'attirant vraiment et souligne à plusieurs reprises dans l'entretien, qu'elle ne fait « *pas grand chose* », qu'elle n'est « *pas bien organisée* » et que cette situation ne lui « *convient pas du tout* » Elle témoigne d'une perte de contrôle sur le corps (prise de poids et douleurs incontrôlables pour lesquelles elle ne trouve pas de réponse au niveau du corps médical). Elle semble particulièrement préoccupée par le risque de perte d'autonomie psychique, ultime dépendance que recèle la vieillesse à venir :

*« ce qui m'inquiète surtout c'est d'avoir un problème au cerveau. Si j'ai un problème au cerveau, si je deviens Alzheimer, si je deviens sans souvenirs, si je perds la mémoire ».*

Ces deux exemples de femmes vivant dans des milieux équivalents en termes de catégorie socioprofessionnelle, montrent que le processus de négociation de la ménopause est complexe. La reconstruction identitaire qui passe par la mise en route du « petit cinéma intérieur » (Kaufman, 2001) prend son sens par rapport à la trajectoire biographique antérieure des individus. Elle prend appui sur les expériences passées qui ont permis aux individus de développer certaines compétences mais aussi sur les ressources sociales (réseaux de relation, « autrui significatifs ») qu'ils peuvent mobiliser, pour identifier de nouvelles opportunités d'engagement (Barthe *et al.*, 1990 ; Bouchayer, 1994 ; Caradec, 2004 ; Clément et Mantovani, 1999).

Cet exemple ne doit toutefois pas laisser croire que l'appartenance socioprofessionnelle n'a pas d'impact. L'expérience de Rose met au contraire en évidence l'articulation existant entre les ressources économiques et sociales. Elle montre aussi que les reconstructions identitaires ne sont pas seulement caractéristiques du processus de ménopause mais concernent plus largement le processus du vieillissement.

Rose témoigne d'une prise de conscience assez brutale du vieillissement. Celle-ci renvoie à différents événements mais n'est pas associée à la ménopause, bien qu'elle ait assez mal vécu cette période, ayant subi une hystérectomie. Agée de 55 ans, elle se sent « vieillie » depuis l'apparition de problèmes de santé chroniques (diabète et cholestérol). Ceux-ci la limitent dans ses activités, notamment professionnelles (elle ne fait plus que quelques ménages chez des particuliers), la plaçant sous la dépendance financière de sa fille, ce qu'elle vit assez difficilement. Par ailleurs, depuis le départ de cette dernière qui est allée vivre avec son ami il y a deux ans, cette femme célibataire souffre de solitude. Elle décrit un univers relationnel très restreint (sa fille, son médecin, une amie, les gens qu'elle croise dans la rue) et souligne que tous ces « autrui » lui renvoient l'image d'une femme seule et en perte d'autonomie. Se voyant et se sentant « diminuée », elle peine à envisager de nouveaux engagements. Elle souhaiterait bien s'investir dans des activités de loisir mais ses revenus très modestes la

limitent dans ses choix. Elle aspire à la grand-maternité mais ce rôle lui est inaccessible puisque sa fille n'envisage pas d'avoir des enfants dans un futur proche. Pour cette femme qui explique qu'elle avait toujours été « une battante », l'absence d'engagements qui fassent sens, la prise de conscience des limites corporelles et le regard des autres, assignent cruellement à la vieillesse. Elle exprime ainsi à plusieurs reprises au cours de l'entretien le sentiment qu'il ne lui reste plus beaucoup d'années à vivre :

*I : Quelles transformations avez-vous remarquées au niveau du corps depuis 5 ans?*

*R : Tout. Les douleurs et puis à cause du diabète et puis je me fatigue vite, je m'essouffle. J'essaie de rigoler tout ça. Mais, en vivant seule en plus ça vous met à zéro. Il faudrait, le médecin m'a dit de rencontrer des gens pour parler. Il m'a dit : il faut pas rester dans votre trou quoi. Il faut aller faire des trucs de peinture, parce que j'aime la peinture dans les centres. Mais ici, il y en a pas. Il faut aller à M. [...] Et puis j'aimerais bien être grand-mère. Avant de partir je voudrais bien être grand-mère. Mais lui (le conjoint de sa fille), il a pas l'air décidé. Parce qu'il est plus vieux qu'elle il a 45 ans et elle, elle a que 30 ans, ils en parlent jamais. Alors, je dis toujours : quand est-ce que je vais être grand-mère ? J'aimerais bien être grand-mère avant de partir mais ça...peut-être, on sait jamais. Parce que ça fait peur. Aujourd'hui on est là et demain on est parti. (Rose 55 ans, ménopause chirurgicale à 35 ans)*

#### 4.2.2.3 Le rapport au corps et l'engagement dans des pratiques corporelles

Nos analyses mettent en évidence des correspondances entre le rapport au corps et les représentations de la ménopause. Les femmes qui considèrent que la ménopause est un bouleversement biologique que l'on peut effacer ou contrôler ainsi que celles qui vivent leur ménopause comme une transition libératrice sont en effet plus nombreuses à témoigner de leur volonté de prendre en main leur destin physiologique :

*Je dis non. Je dis non à la fatalité, être grosse, non, non, non ! Je refuse. C'est pas une fatalité ! (Karine 58 ans, ménopause chirurgicale à 46 ans)*

*En fait je me rends compte qu'il n'y a pas de fatalité. Les gens de ma génération, ils acceptent une situation...alors qu'on peut, avec une hygiène de vie, on peut faire des choses. (Mathilde 54 ans, ménopause 52 ans)*

Elles insistent sur la nécessité de s'engager dans une discipline corporelle active, notamment le contrôle de l'alimentation et les pratiques physiques dont l'objectif est de conserver la

maîtrise de soi et l'autonomie, de ne pas se laisser « déborder » et de rester en contact avec soi. Il est d'ailleurs assez caractéristiques que pour deux des femmes qui vivent la ménopause comme une transition libératrice, la « reprise en main » de leur existence passe par une reprise de contrôle sur le corps.

Ce « souci de soi » vise aussi à maîtriser les esprits. Le corps apparaît en effet comme le reflet du soi, « le laisser-aller » témoignant d'une défaillance morale (Foucault, 1984). Le « redressement du corps » s'inscrit d'ailleurs dans un « souci polymorphe de « correction » : correction du langage, des attitudes, par le polissage des aspérités, des déviances et déviations»<sup>66</sup> (Detrez, 2001, p. 115-116) :

*[...] l'équilibre du corps est le reflet de l'équilibre de la tête. Et moi, j'ai toujours tendance à penser, alors c'est peut-être faux, mais que quelqu'un qui se laisse aller dans son corps, se laisse aller dans sa tête. Et je pense que j'aurais jamais pu choisir quelqu'un qui ait de la bedaine, des graisses qui débordent, qui se tiennent pas bien, qui ait une mauvaise tenue à table, qui en présence des autres, ait du laisser aller, je crois que j'aurais pas pu. Je crois que c'était pas pensable (Delphine 54 ans, ménopause 56 ans).*

Les femmes qui envisagent la ménopause comme une transition naturelle et les femmes qui la vivent comme une fatalité sont au contraire plus nombreuses à témoigner de leur moindre emprise sur le destin physiologique expliquant qu'« on ne peut pas arrêter le temps ».

Afin de mieux comprendre comment l'engagement dans des pratiques corporelles participe du sentiment de maîtrise de soi, nous avons choisi d'examiner plus en détail trois pratiques : les pratiques alimentaires, les pratiques physiques, et les pratiques esthétiques.

#### - Les pratiques alimentaires

Au niveau de l'alimentation on peut mettre en évidence deux formes de contrôle. Plusieurs des femmes qui adhèrent à la représentation de la ménopause « effacée » ou « contrôlée » et de la ménopause « transition libératrice » déclarent « bien manger », « manger sain », insistant sur la qualité des aliments consommés, leur fraîcheur, leur caractère naturel (c'est à

---

<sup>66</sup> Guillemets dans le texte

dire non industriel) et authentique (produits du terroir). Si le « bien manger » semble avoir pris plus d'importance avec l'âge, notamment pour les femmes qui ont plus de temps à investir dans l'achat et la conception des repas, il s'inscrit néanmoins dans la continuité d'une pratique passée :

*M : [l'alimentation] C'est quelque chose d'important dans la vie. Je fais très attention. Je crois que j'en ai pris conscience depuis que j'ai 18 ans. On allait chercher le poisson frais, on mangeait des légumes. C'est plus tard que j'ai introduit les céréales et les légumineuses. La viande, rarement mais d'excellente qualité.*

*I : c'est pour votre santé que vous faites attention ?*

*M : Oh, c'est un tout, je persiste à penser qu'on est un peu ce que l'on mange et que là aussi je redoute les effets secondaires des produits industriels. On le comprend ou on le comprend pas. (Mathilde 54 ans, ménopause 52 ans)*

Ces femmes précisent aussi qu'elles mangent avec modération et considèrent que le maintien de la ligne est possible à tout âge avec une bonne hygiène alimentaire. La prise de poids est au contraire interprétée comme le signe d'un « mal manger », d'une vigilance alimentaire moins soutenue, d'excès répétés, d'une faiblesse morale :

*[...] j'ai jamais fait de régime, ça c'est vraiment un mot qui est complètement extérieur à mon vocabulaire, mais je me suis rendu compte que je mangeais bien mais beaucoup moins que certaines femmes qui sont tout le temps en régime à essayer de perdre 3 kilos. J'ai compris pourquoi elles cherchent à perdre 3 kilos, ou 4 ou 5 ou voire 10 ! [...] je crois que je fais pas de débordements. J'ai pas besoin de goûter, j'ai pas besoin de chocolats, j'ai pas besoin de bonbons, de petits gâteaux. Je fais pas de pâtisserie, j'ai pas besoin. (Delphine 54 ans, ménopause 52 ans)*

La vigilance alimentaire peut aussi prendre la forme d'un régime qui corrige les débordements et permet alors aux femmes de signifier à elles et aux autres qu'elles sont toujours en contrôle. Le poids modifie l'image de soi et le régime dont la visée est surtout esthétique, même si il procure aussi des avantages en termes de santé, permet de se retrouver et de rétablir un rapport narcissique au corps :

*[à la ménopause] j'ai grossi, j'ai beaucoup grossi...mais j'ai tout fait pour reperdre ce que j'avais pris. Parce que je me supportais plus. [...] Je ne pouvais plus me voir. Je ne me supportais pas. Donc, il fallait que je fasse quelque chose. J'ai fait un régime strict pour perdre tous ces kilos. Et là, ça va beaucoup mieux. Moralement. Parce que*

*moralement, ça m'atteignait. [...] Je voulais revenir au poids que j'avais avant de grossir comme ça. En fait, j'avais pris une vingtaine de kilos, je les ai reperdus, à peu près. [...] La silhouette. Je voulais pas que la silhouette soit lourde. Parce que je me plaisais pas, c'est tout. Et c'est pour moi que je l'ai fait, pas pour les autres, parce que je ne pouvais plus me voir. Mais alors, inversement je peux vous dire que je me sens beaucoup mieux. (Anne 53 ans, ménopause 50 ans)*

*Comme j'ai perdu sept kilos. Là, je me vois bien de nouveau. Je m'aime de nouveau. [...] J'ai toujours fait le régime, toujours, toujours, toujours. Aller à la gym, je prends toujours soin de mon corps. Mais là, je me plaisais plus. Maintenant, il [mon conjoint] me dit : ah ! mais ça va mieux ! Maintenant, tu te mets de nouveau en jupe. Je dis : oui, ça va mieux. De voir que mon corps a changé de nouveau, ça y est, oui, ça me redonne envie de faire attention à moi. (Karine 58 ans, ménopause chirurgicale 46 ans).*

Cette volonté de contrôler l'alimentation est beaucoup moins présente chez les femmes qui adhèrent aux deux autres représentations (« ménopause naturelle » et « ménopause fatalité ») et qui semblent avoir lâché prise sur le contrôle du poids. Presque toutes (9/10) témoignent d'une prise de poids qu'elles jugent inéluctable et liée à l'âge. Elles développent des stratégies qui visent à faire oublier ces kilos en trop, par exemple en évitant de se regarder dans le miroir ou en portant des vêtements plus couvrants. Certaines tentent de trouver des avantages à cette prise de poids (le fait d'avoir moins de rides, de ne pas avoir l'air malade). Toutes font par contre référence au manque de discipline dont elles estiment faire preuve, témoignant ainsi d'une certaine tension entre la volonté d'accepter une prise de poids entraînant une certaine gêne mais jugée inéluctable et le sentiment de culpabilité que procure le non respect des normes du « bien manger » et du « bien paraître » :

*M : [J'ai] ces kilos en trop, ce qui est assez pesant. Mais comme j'ai pas beaucoup de volonté pour perdre, j'en parle beaucoup mais je constate que plus j'en parle et moins j'ai envie de faire un régime. [...] Et puis, mais j'avoue que j'ai pas de volonté parce que moi j'adore manger. Et quand j'ai des contrariétés et ben j'avoue que j'ai pas de limites. Je mange, je mange. Là, je suis boulimique de nourriture et puis bon, obligatoirement, c'est pas comme ça qu'on peut maigrir. Il faudrait être détendue ou peut être, euh, avoir au moins la volonté de...mais les kilos qui sont là, je les accepte en fait. Mais seulement, des fois c'est fatiguant. C'est une gêne quand il y a des kilos en trop.*

*[...] Je ne mange pas assez de fruits et de légumes, que j'adore pourtant mais toujours par négligence. Et quand on arrête de manger certaines choses et ben après c'est difficile de remettre dans l'alimentation. Et ça, c'est une erreur quoi. J'aurais besoin de discipline quoi dans tout.*

*I : Et ça vous préoccupe ?*

*M : Pas du tout. J'en parle et puis c'est tout. Ca me préoccupe pas.... J'en parle beaucoup oui...(rires) sans doute pour me donner, pour ne pas me sentir coupable de ce que je ne fais pas. C'est peut-être ça je crois. (rires) (Myriam 58 ans, ménopause 48 ans)*

Plusieurs de ces femmes, notamment celles qui vivent la ménopause comme une « fatalité », témoignent d'une image du corps où le visage a gagné en importance au fur et à mesure des années, devenant la cible principale des soins.

- Les pratiques physiques

A l'exception de la marche, l'engagement dans la pratique d'une activité physique régulière semble un peu plus répandu chez les femmes ayant accompli une scolarité universitaire, qui considèrent que l'on peut effacer (3/5) ou contrôler (3/8) la ménopause ou qui vivent cette période comme une transition libératrice (2/3). Là encore, cet engagement s'inscrit clairement dans la continuité d'une pratique passée, même si celle-ci peut avoir évolué.

Pour la plupart des femmes, la pratique physique « *permet de se sentir bien* » ; elle vise à conserver la souplesse musculaire, à prévenir la raideur, voire même à soulager les douleurs et par là, à ralentir le déclin corporel. La pratique physique permet ainsi le maintien du « faire » et la continuité identitaire :

*Le vieillissement est inéluctable mais la dégradation physique, la raideur par exemple, quand on se lève, les choses ne sont plus aussi évidentes, on réagit moins vite et le yoga c'est une façon de maintenir l'évolution. Alors je ne dis pas de l'enrayer, ça serait vraiment, trop pratique, c'est beaucoup un fantasme de surhumain. Mais maintenir cette évolution, de beaucoup la ralentir. Et finalement, plus je vieillis et plus je pratique en réalité parce que je sens que justement si je veux avoir une vieillesse telle que je la conçois, c'est à dire le plus longtemps possible active curieuse, il faut quand même que j'ai un corps qui suive à peu près. [...] Et donc il faut, c'est un peu la même chose que la préparation à la retraite. Il faut avoir une auto-discipline un peu plus développée pour se maintenir dans un état le mieux possible. (Agnès 55 ans, ménopause 49 ans)*

La pratique sportive peut aussi avoir pour fonction de « re-sentir » son corps, de s'assurer qu'il est toujours sous contrôle, qu'il fait bien « corps » avec le sujet. Deux femmes témoignent également d'une recherche de performance :

*I : Qu'est-ce que ça vous apporte de faire de l'exercice physique ?*

*M : Etre en accord avec mon corps, constater que j'ai encore des abdominaux. Euh...que je ne suis pas sur une pente. Je m'entretiens, je peux pas dire que je pourrais retrouver la forme physique d'avant mais au moins je m'entretiens. J'aime bien être en accord avec mes réflexes, une certaine chaleur, une souplesse. (Mathilde 54 ans, ménopause 52 ans)*

La pratique physique a aussi une visée esthétique permettant de contrôler la prise de poids et la tonicité musculaire :

*[...] cette activité physique m'a permis de me garder physiquement en état à peu près normal. J'ai pas du tout le sentiment, je me suis jamais prise ni pour une top modèle ni pour une personne particulièrement bien physiquement, pas du tout. Simplement, je pense que j'ai eu la chance de pouvoir garder un corps à peu près correct. J'ai jamais fait de régime. C'est une chose qui n'existe pas chez moi. Jamais. Donc on doit pouvoir quand même garder un corps à peu près normal, même sans régime. (Delphine 54 ans, ménopause 46 ans)*

*[...] maintenant je pèse 51 kilos. Je voudrais revenir à 50. C'est vrai que depuis que ces dernières années j'ai pris 2 kilos. Mais bon c'est 51, si c'était 50 ce serait mieux mais enfin, ça va quand même. [...] enfin j'ai un petit peu de ventre mais là je peux réparer si je fais de l'exercice au moins 2 fois par semaine. Je vais récupérer la tonicité du ventre. (Martine 55 ans, ménopause 53 ans)*

Quatre femmes témoignent également de leur engagement ou de leur volonté de s'engager dans des pratiques empruntées à l'univers oriental (de type yoga, zen, relaxation), porteuses d'une signification spirituelle. Ces pratiques qui visent aussi à atteindre une conscience corporelle plus intense parfois jusqu'au détachement, témoignent d'une autre forme de maîtrise de soi. Certaines pratiques hédonistes peuvent également avoir pour fonction de rester en contact avec soi-même, de préserver le rapport narcissique au corps :

*[...] moi je crois qu'il est important de profiter de cette disponibilité, tant que nous l'avons et le plaisir que l'on a à s'occuper de son propre corps. Personnellement, je souhaiterais, et c'est en train de se développer, puis je souhaiterais que cela soit un petit moins onéreux, tout ce qui est hammam, tous ces endroits de thalasso. A une époque on pensait que c'était peut-être une décadence, mais je suis sûre que c'est pas une décadence du tout. Ça permet de continuer à aimer son corps, même s'il vieillit un petit peu. C'est agréable de prendre du plaisir à être dans l'eau, de sentir sa peau plus douce, des soins. Ça permet de garder une certaine santé physique. (Martine 55 ans, ménopause 53 ans)*

Pour les femmes qui vivent la ménopause comme une « fatalité » et plusieurs de celles qui considèrent que la ménopause est un phénomène naturel, la pratique physique semble au contraire avoir perdu en importance. Pour quelques-unes le désengagement des pratiques physiques s'impose du fait de l'apparition de limitations physiques, de douleurs, qui rendent pénible l'exercice physique :

*(la gym) Ah, j'aimais bien ça puis j'ai du arrêter parce que j'avais trop de douleurs. En fait la seule chose que je pouvais faire, c'était les mouvements au sol. [...] Et puis je faisais du vélo aussi, on faisait des kilomètres à vélo avec mon bonhomme et puis j'ai fait une chute et il a eu très peur à cause de ma jambe, moi aussi d'ailleurs et il a dit, bon allez on arrête le vélo. C'est que la ménopause plus l'âge... (Louise 56 ans, ménopause chirurgicale 49 ans)*

Pour la plupart, il s'agit, au contraire, d'un manque d'intérêt ou de volonté. Dans le premier cas, le désengagement est assez serein et souvent bien antérieur à la ménopause (« *J'ai horreur du sport* »). Dans le second, il est plus coupable. Plusieurs de ces femmes déclarent en effet qu'elles n'en font pas assez et semblent regretter ce désengagement qu'elles essaient de justifier. Trois femmes annoncent une reprise prochaine de la pratique, nous prenant à témoin :

*[...] avec les élèves, il y a une époque je faisais tous les échauffements. Mais je vais faire de la natation, ça je vous l'ai dit. Je vais en faire. Bon, j'ai fait du ski un peu aussi. Ca, ça m'aurait plu mais disons que mon mari, c'est pas son truc, mais si j'avais eu quelqu'un pour venir avec moi. J'avais repris avec mes enfants, mais c'était pas... mais ça m'aurait plu le ski. Donc, je l'ai pratiqué, un peu mais .... en termes d'activités physiques, je peux dire que j'en fais pas. J'arrive pas à me booster. [...] je sais quoi faire, mais j'ai pas la volonté. C'est la volonté qui manque. (Geneviève 56 ans, peri-ménopause)*

#### - Les pratiques cosmétiques et esthétiques

Ce qui caractérise les pratiques de soin et de préparation esthétique, c'est la stabilité. Les femmes rencontrées semblent avoir adopté des routines depuis de longues années et les ont relativement peu modifiées, si ce n'est au plan de la coiffure, la fréquentation du coiffeur s'étant un peu intensifiée. Nous n'avons ainsi pas relevé de relation évidente entre les représentations de la ménopause et l'engagement dans les pratiques de maquillage. Quelles

que soient leur représentation de la ménopause, les femmes qui se maquillaient régulièrement continuent de le faire. Plusieurs semblent se maquiller un peu plus régulièrement (Berkun, 1983). Pour certaines femmes, le maquillage intervient comme une « seconde peau » (Meidani, 2003); ces femmes hésiteraient ainsi à offrir un visage non maquillé hors de la sphère intime du chez soi. Il permet de s'inscrire dans la continuité de ce qu'on a été, de se reconnaître, il aide à être soi même. Certaines rapportent une intensification avec l'âge (ajout d'une touche de rouge à lèvres pour « paraître moins fade », de fond de teint parce que le grain de la peau est moins fin. Pour d'autres, la pratique cosmétique est plutôt occasionnelle et semble guidée par l'humeur et par la situation d'interaction (Beausoleil, 1992, Meidani, 2003). Toutes les femmes disent toutefois éviter les maquillages excessifs, la beauté de la cinquantaine, visant avant tout à projeter une image de « bonne santé » (Meidani, 2003).

Le recours à la chirurgie esthétique semble par contre plus caractéristique des femmes qui disent vouloir contrôler ou effacer la ménopause. Parmi celles-ci, quatre femmes ont recours à ces pratiques et trois envisagent de nouvelles interventions dont l'objectif est de retrouver leur visage d'avant, « pas plus » :

*[...] je dois vous avouer que si j'avais les sous, j'irais bien me faire, retirer ça, (me montre le dessous du menton). Petit lifting du bas du visage. Je ne veux pas retirer l'ensemble du bas du visage. Je voudrais simplement retirer ces plis mous qui donnent de l'amertume au visage. Alors je ne sais pas si c'est parce que je refuse l'âge que j'ai ... ou si c'est simplement une question pour supprimer cette amertume, je ne sais pas . (Delphine 54 ans, ménopause 46 ans)*

*I : Et les rides, ça vous préoccupe ?*

*K : Beaucoup, oui. Si on peut les traiter, si on peut les effacer, là oui voilà. Avec les crèmes, moi...*

*I : Vous en mettez ?*

*K : Oui, j'en mets mais dès que je vais être bien dans ma tête, je refais ici. (me montre la paupière de dessus). Et ici (me montre les plis autour de la bouche), j'ai entendu à la télé, des fils d'or, qu'ils mettent sous la peau pour redresser. Des injections, le Botox, tout cela non, non. Mais les fils d'or, ça reste sous la peau et ça redresse bien. Quand j'aurai de l'argent, moi, je ne suis pas contre, si on peut. Bon, il faut, les gens disent, qu'il faut qu'on remarque l'âge que vous avez sur votre visage... Si j'ai les moyens non. Je ne le laisserai pas faire. Je ne vais pas faire, je ne vais pas faire quelque chose pour avoir l'air puisse ressembler à quelqu'un de 50 ans. Des petits gommages, pas à l'extrême pour avoir le visage figé, tiré là, non. (Karine 58 ans, ménopause chirurgicale 46 ans)*

#### 4.2.2.4 Le sentiment d'appartenir à une génération innovante

Plusieurs des femmes rencontrées ont le sentiment d'appartenir à une génération différente de celle de leurs mères, et ce, à plusieurs égards. L'implication sur le marché du travail est l'un des aspects les plus fréquemment mentionnés (12 femmes l'évoquent parmi lesquelles 9 vivent dans des ménages où la personne référence appartient à la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures). Ces femmes considèrent ainsi que leur investissement dans le travail les différencie fortement de leurs mères qui se sont essentiellement impliquées au plan de la famille (c'est le cas des mères de 16 des participantes) :

*[...] ma mère n'a pas travaillé mais elle a eu six enfants. Je pense qu'elle a toujours regretté de ne pas avoir travaillé. Elle aurait voulu être infirmière. Elle a toujours regretté de ne pas avoir pu quitter la maison (Martine 55 ans, ménopause 53 ans)*

*(ma mère) elle était CONSACREE aux enfants. Elle s'est sacrifiée. [...] Elle était assistante sociale, métier qu'elle aimait beaucoup et qu'elle a quitté pour élever ses enfants. Cette haute idée de l'éducation. Une fois, on lui a proposé de retravailler. Ça a été un déchirement pour elle mais elle n'a pas accepté parce que ça allait lui prendre du temps sur.... Elle n'aurait plus été à la maison quand on rentrait du lycée et elle tenait à être là. En fait, elle avait une assez haute idée de son rôle, ce qui est tout à fait respectable mais qui je crois l'a mangée complètement et ne lui a pas laissé de place pour vivre à elle. (Delphine 54 ans, ménopause 46 ans)*

A ce titre, certaines, ont le sentiment d'appartenir à une génération privilégiée, puisqu'elles ont bénéficié d'un marché du travail en pleine expansion :

*Moi, je me dis qu'on a eu beaucoup de chance de ne pas avoir tous les problèmes qu'ont les enfants actuellement, le travail, tous les enfants qui ont connu leurs parents au chômage. Toute cette misère qui règne. Moi, j'ai pas connu ça. Et quand j'ai voulu aller travailler. Quand je suis allée faire des études, j'ai choisi ce qui me plaisait. Je me suis pas posé de questions, est-ce qu'il y a un débouché ou pas. (Michèle 57 ans, ménopause 46 ans)*

Espace de reconnaissance, l'emploi est surtout présenté comme un élément garant de leur autonomie, notamment à l'égard du conjoint, leur permettant de « prendre leur vie en mains ». L'engagement dans le travail est aussi une occasion de nouer des contacts à l'extérieur et de ne pas rester cantonnée à l'espace familial et domestique. Cette implication

dans la sphère publique crée des obligations en matière d'entretien du corps et de présentation de soi qui sont jugées salutaires :

*A : Par rapport à il y a 10 ans, je ne sais pas mais par rapport à mes parents et bien à 50 ans, 60 ans une femme ça faisait vieux. Moi maintenant, je vois des filles qui ont 60 ans et jamais elles ont cette image là.*

*I : Et vous pensez que c'est lié à quoi ?*

*A : A l'alimentation et peut-être en plus à l'émancipation de la femme du fait qu'elle a un travail, qu'elle est plus dépendante du mari et qu'elle est plus chez elle. Et le fait de sortir, ça vous impose quand même de vous entretenir. (Anne 53 ans, ménopause 50 ans)*

Plusieurs femmes évoquent également une plus grande proximité avec la génération de leurs enfants qu'avec celles de leurs mères (Attias-Donfut, 2000) :

*[...] je pense que peut-être même l'écart de perception de générations est beaucoup plus important entre la mienne et celle de mes parents que par exemple la mienne par rapport à ma fille. Parce que ça ne sera pas un grand abîme je pense. (Sylvie 56 ans, ménopause 50 ans)*

Cette proximité est basée sur l'importance partagée de l'investissement sur le marché du travail comme source d'autonomie et comme moyen d'échapper aux rôles contraignants dans la sphère domestique. Elle s'inscrit également dans un nouveau rapport au corps qui devient plus présent :

*Je me sens beaucoup plus proche de mes enfants. Ah, oui, ah beaucoup plus. Pour le corps, les femmes n'en parlaient pas. J'ai jamais entendu ma mère dire quoi que ce soit (Paule 53 ans, ménopause 49 ans)*

Plusieurs femmes, notamment parmi celles qui adhèrent à la représentation de la « ménopause effacée », considèrent que leur volonté de résister au destin physiologique (« d'essayer de faire quelque chose pour que [le vieillissement] se passe mieux »), de maîtriser le corps, les distingue de la génération de leurs mères. Ce nouveau rapport au corps s'appuie sur une plus grande disponibilité des techniques corporelles et médicales mais aussi une sensibilisation accrue au discours de prévention de la santé. Elles témoignent ainsi d'une forte adhésion au modèle du « bien vieillir » :

*Ma mère si elle avait mal quelque part et bien elle avait mal. Parce qu'elle avait 50 ans, 60 ans, 70 ans et bien c'était normal. Aujourd'hui on ne dit pas c'est inéluctable. On va se faire, enfin on va se soigner. On a les moyens. Enfin les moyens... Les moyens de la médecine, les moyens de la science, les moyens psychologiques. On disait à ma mère qu'il fallait qu'elle marche... Pfuui ! Elle disait : j'ai assez marché dans ma vie. Pour s'entretenir la circulation sanguine, le cœur. Enfin moi, j'y crois. Je crois que la science a prouvé que la marche, un peu de sport était bon pour l'entretien de son corps. Ce que ma mère et peut-être sa génération... Non, elle, elle était très bien dans sa chaise longue. [...] elle n'est jamais allé voir une gynécologue. Moi j'y vais tous les 6 mois depuis 30 ans. Elle n'a jamais rien fait pour son corps. Elle a évolué comme elle a évolué. (Martine 55 ans, ménopause 53 ans)*

Quelques-unes ajoutent que du fait de son importance numérique, la génération du baby-boom pourra également imposer une nouvelle image de la femme dans le vieillissement, celle d'une femme active, qui continue de soigner son apparence et entretient sa santé.

Cette démarcation vis à vis de la génération précédente concernant le rapport au corps ne se retrouve pas chez les femmes qui décrivent une mère « *très soucieuse de son apparence* ». Les efforts engagés par celle-ci pour entretenir son corps sont jugés très positifs par leur fille alors que cela n'a pas toujours été le cas. En offrant une image « *soignée* », « *mignonne* », ces mères facilitent la projection de leur fille dans le vieillissement. Le corps « *soigné* » est aussi appréhendé comme un don à l'entourage :

*Je me dis quand même, cette image qu'elle (ma mère) donne et elle met beaucoup d'énergie là dedans ! Bien sûr, ça vient pas tout seul. Cette façon de vivre quelle a, de refuser la mort, de toutes ses forces. Maintenant elle a 76 ans, elle commence à..., son corps ne repart plus comme avant. Elle a un rythme plus tranquille mais quand même... Elle a grossi un peu. Mais elle est toujours coquette, mignonne. C'est bien ! (rires) Maintenant, je trouve que c'est une image, c'est encourageant, ça fait aborder la vieillesse tout à fait autrement que si c'était une vieille dame avec un chignon qui a complètement cédé sur le désir de plaire, qui est passé complètement dans une autre logique. C'est drôle ça. Ça m'a longtemps paru une futilité absolument affolante et maintenant (rires) (Agnès 55 ans, ménopause 49 ans)*

Plusieurs participantes insistent également sur l'importance de la diffusion des techniques de contrôle des naissances et de l'accès au gynécologue, qui ont permis une plus grande liberté pour les femmes mais aussi un meilleur suivi gynécologique :

*Je suis née à l'époque de la pilule. Pas quand je suis née mais après, alors il y a eu la pilule, il y a eu l'avortement et il y a eu beaucoup plus de liberté. Donc, là, il y a eu conflit au moment où je me suis retrouvée jeune femme. Il y a eu un conflit de génération.[...]. Elle (ma mère) est... vous savez à l'époque où elle était jeune femme, c'était épouvantable pour une jeune fille de se retrouver enceinte. Alors, elle a encore des idées comme ça dans la tête. Et chaque fois je lui dis: Maman, on n'est plus en 1950 ! Alors il y a eu un petit conflit. Mais moi, à l'époque où j'étais jeune fille, j'avais des copines qui se mariaient parce que à l'époque, elles avaient pas été prévenues quand même, de, de, de tout ça... de faire attention, on leur disait pas. Elles osaient pas aller voir le médecin. C'était difficile, c'était difficile la vie des femmes. (Paule 53 ans, ménopause 49 ans)*

Ce sentiment d'appartenir à une génération « innovante », qui a fait évoluer la place de la femme dans la société et le rapport au corps et qui est plus proche de la génération de ses enfants est plus présent chez les femmes ayant une scolarité universitaire. Les femmes qui conçoivent la ménopause comme une fatalité n'y font pas référence. Plusieurs témoignent d'ailleurs d'un sentiment de décalage vis à vis des générations plus jeunes, notamment dans la sphère professionnelle :

*P : Ce qui est un peu difficile maintenant, c'est les jeunes qu'ils nous envoient.*

*I : Pourquoi, ça se passe pas bien avec eux ?*

*P : C'est difficile. Ils sont différents les jeunes maintenant. Ils croient tout connaître, ils se remettent pas beaucoup en question. Ils veulent tout changer. Ils sont impatient. Ils veulent progresser très, très vite. Tout de suite, ils veulent des responsabilités. Ils ont du mal à admettre la hiérarchie. Mais c'est surtout leur impatience. Enfin, nous on a pas progressé comme ça ! On a attendu ! (Pauline, 58 ans, ménopause 52 ans)*

*Bon, les relations (avec les jeunes) sont quand même un peu difficiles, je l'avoue. Bon, ils se regroupent entre eux. Ce qui me semble normal mais on a de la difficulté à l'accepter... Ils s'amusent entre eux. Ils boivent le café entre eux. On n'est plus parmi eux. C'est fini. (Camille 55 ans, ménopause 53 ans)*

#### 4.3. CONCLUSION

Notre analyse des représentations des femmes à l'égard de la ménopause montre que l'arrêt des règles mais surtout la variation hormonale constituent deux dimensions centrales, qui au sein de notre échantillon font l'objet d'un très large consensus. La ménopause est ainsi envisagée comme un processus caractérisé par la variation de la production des hormones

endogènes. Elle est aussi marquée par l'arrêt des règles qui demeure le principal indicateur du statut de « femme ménopausée ».

La signification qu'attribuent les femmes à la variation hormonale est par contre variable. Une grande majorité considère que cette évolution met « le corps à risque », témoignant d'une forte adhésion au modèle biomédical. D'autres envisagent la ménopause comme la fin d'un cycle physiologique normal, attribuant à l'arrêt de la production ovarienne un impact très limité sur la santé ou l'existence. Ces dernières vivent l'arrêt des règles de manière sereine et se distancient largement du modèle biomédical. La ménopause constitue pour elles un « non événement ».

Parmi les femmes qui adhèrent à la conception du « corps à risque », plusieurs considèrent que les conséquences de la variation hormonale peuvent être contrôlées, voire évitées, par la prise d'un traitement de substitution, conformément à la logique du modèle biomédical. Pour ces femmes, grâce au traitement hormonal, la ménopause constitue également un « non événement » ou un « événement biologique » pouvant avoir un impact sur la vie sociale et professionnelle mais dont la portée est limitée puisqu'il est réversible. L'arrêt des règles est là encore généralement envisagé avec tranquillité. Pour ces femmes, la disponibilité du traitement de substitution qui modifie l'expérience de la ménopause, joue donc un rôle très important.

Parmi les femmes qui adhèrent à la notion de « corps à risque », certaines vivent la ménopause comme une période de transition, marquée par de multiples transformations somatiques (souvent reliées entre elles) et renvoyant à différentes ruptures dans la vie sociale et professionnelle. L'articulation entre la ménopause et ces différents événements est clairement soulignée par ces femmes et semble participer de la construction de la ménopause comme fin de la jeunesse. Toutefois, la façon de négocier cette transition biographique varie. Certaines femmes qui témoignent d'un sentiment de contrôle réduit sur le corps et l'existence, vivent la ménopause comme un destin féminin auquel il est difficile d'échapper. Elles se sentent projetées dans le vieillissement. Elles témoignent d'une certaine ambivalence à l'égard de l'arrêt des règles. D'autres considèrent au contraire que si la ménopause entraîne

une prise de conscience du vieillissement, elle est aussi libératrice, les amenant à renégocier leurs engagements sociaux et professionnels.

Différentes caractéristiques semblent associées à certaines de ces représentations. Les femmes qui considèrent que la ménopause peut être effacée ou qu'elle est naturelle sont plus nombreuses à avoir effectué une scolarité universitaire. Celles qui vivent cet événement comme une transition libératrice et celles qui adhèrent à la représentation d'une ménopause effacée ou contrôlée sont plus nombreuses à témoigner d'une volonté de maîtriser leur destin physiologique ou tout du moins de rester en contact et à l'écoute du corps. Enfin, à l'exception des femmes adhérant à la ménopause « fatalité », les femmes de notre échantillon, notamment les plus scolarisées, témoignent d'une forte identification à la génération du baby-boom, insistant notamment sur les valeurs d'émancipation et d'autonomie.

Comme nous l'avons souligné en introduction de ce chapitre, c'est au travers d'un discours sur l'expérience mais aussi sur la pratique qui modifie le vécu, que nous avons saisi les représentations des femmes à l'égard de la ménopause. Nos résultats mettent en évidence le rôle important que jouent les représentations de la ménopause dans la construction de cette expérience, influant notamment sur le nombre et la signification des troubles qui lui sont attribués. On le voit très clairement pour les femmes qui adhèrent à la représentation « naturelle » de la ménopause. Certaines d'entre elles décrivent des symptômes bien réels (bouffées de chaleur, hémorragies) mais les jugent sans gravité car elles considèrent qu'ils s'inscrivent dans un cycle physiologique normal.

L'expérience somatique semble également participer de la construction de la représentation. Tout d'abord, elle active le processus représentationnel comme l'indiquent plusieurs des femmes qui adhèrent à la représentation de la ménopause « contrôlée » et qui déclarent avoir été surprises par les troubles dont elles ont fait l'expérience. Celles-ci s'engagent alors dans une démarche de validation et d'interprétation de leurs manifestations somatiques, qui les conduit chez le médecin et débouche souvent sur la mise en route d'un traitement hormonal. L'engagement dans une hormonothérapie de substitution, parce qu'elle fait disparaître les

troubles jugés gênants, accrédite la thèse du « corps à risque » et vient soutenir la représentation en construction.

## CHAPITRE V

### REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES PROFANES DE L'HORMONOTHÉRAPIE

Les représentations à l'égard de l'hormonothérapie varient selon les femmes. Certaines témoignent de représentations positives du traitement qui remplit de multiples fonctions. Pour d'autres, le THS est un objet beaucoup plus ambivalent, et ce, notamment depuis la publication des résultats de l'étude WHI. Certaines femmes considèrent enfin, que les traitements hormonaux sont franchement toxiques, représentations qui ont été renforcées par les informations alarmantes diffusées sur ces traitements.

Parmi les femmes que nous avons rencontrées, toutes sauf trois étaient au courant de la controverse entourant le traitement hormonal. Elles avaient été informées des résultats des études WHI et MWS au travers des médias ou lors d'une visite chez leur gynécologue. Ces informations avaient incité plusieurs d'entre elles à réévaluer leur pratique et leur position à l'égard de l'hormonothérapie. Elles avaient toutefois généré une inquiétude très variable, comme en témoignent les différentes modalités de perception et de gestion des risques associés au THS.

Les représentations des femmes à l'égard des THS semblent clairement orienter leurs stratégies de recours à ces produits. La prise d'un traitement hormonal est également tributaire des représentations des femmes à l'égard d'autres objets, comme la ménopause et les médicaments.

#### 5.1 DIFFÉRENTES REPRÉSENTATIONS DU TRAITEMENT HORMONAL

##### 5.1.1 Des représentations positives

Les femmes qui témoignent de représentations positives à l'égard de l'hormonothérapie (10) font référence aux multiples fonctions que remplit pour elles ce traitement qui apparaît

comme un objet permettant de soulager les troubles de la ménopause, de prévenir les maladies et les transformations associées à la vieillesse, de réguler l'humeur, et d'assurer une performance continue. Ce faisant, l'usage du THS retarde l'entrée dans la vieillesse. Pour certaines femmes, le THS revêt une dimension supplémentaire : il constitue un instrument de progrès et d'émancipation.

Ces femmes adhèrent pour la grande majorité (9/10) à la représentation de la ménopause « contrôlée » ou « effacée ». Toutes, sauf une, avaient eu recours à une thérapie hormonale qu'elles étaient encore nombreuses à poursuivre au moment de l'entrevue.

#### 5.1.1.1 Un médicament aux multiples fonctions

- Un médicament pour contrôler les troubles de la ménopause

Le THS apparaît d'abord pour sept femmes comme un « objet de soulagement » (Collin, 2002), permettant d'atténuer les troubles qu'elles attribuent à la ménopause notamment les bouffées de chaleur, les migraines et les saignements utérins (« *ça m'a aidé* », « *je me suis trouvée rapidement beaucoup mieux* », « *ça me soulageait* »), voire de les faire disparaître (« *tout est redevenu normal* »). Cette capacité de soulagement du THS, c'est à dire son efficacité, est matérialisée par l'expérience de la disparition des symptômes qui est rapidement constatée : « *du moment où j'ai pris le traitement* », « *au bout de huit jours de traitement* », « *le temps que je prenne le THS* », « *après un mois ou deux de traitement* ». L'efficacité du THS est aussi pour quelques femmes validée par une ou plusieurs interruptions de la thérapie, qui entraînent un retour des troubles ayant motivé la prise médicamenteuse. Cette efficacité « éprouvée » (Collin, 2002) participe comme nous l'avons déjà souligné dans le chapitre précédent, de la compréhension de la ménopause : la disparition constatée des symptômes constituant pour plusieurs femmes la preuve tangible de leur existence et de leur relation à la ménopause. A l'inverse les traitements alternatifs de la ménopause que certaines ont essayé sont jugés peu efficaces (« [...], *je n'ai eu aucun résultat* ») : « *Essayer d'autres traitement genre soja ? C'est du pipo.... le soja n'a jamais enlevé les bouffées de chaleurs!* »

Trois de ces femmes n'ont fait l'expérience d'aucun trouble et se sont engagées dans une thérapie hormonale à titre préventif. Dans leur cas, on ne peut pas vraiment parler de soulagement mais plutôt de prévention, l'efficacité du traitement réside alors dans la non-survenue des symptômes qu'elles associent à la ménopause : «*comme j'avais le traitement substitutif, j'avais pas de signes*», «*avec le traitement hormonal de substitution, on n'a pas les migraines, les bouffées de chaleur et tout ça*».

- Un médicament qui présente peu d'effets secondaires

Seule une femme évoque des effets secondaires qui la conduisent à renoncer à son traitement. L'interruption du THS intervient après plusieurs changements de prescription et ne la conduit pas à le remettre en cause. Elle émet en effet l'hypothèse que c'est peut-être elle qui y est «*allergique*» :

*Pourquoi j'ai arrêté ?...Ah, oui, parce que j'avais des nausées, et j'avais des nausées. Alors j'ai tout éliminé, le gras et j'essayais de ne pas boire de café, et j'avais toujours des nausées. Alors, j'ai dit ça doit être le traitement quand même. Je suis peut-être allergique. On m'a changé un des médicaments, un des, et je me suis rendue compte un jour que j'avais des progestérones et des œstrogènes et que le médicament la progestérone, c'était ça qui me donnait des nausées. Et c'est vraiment ça. Alors le médecin généraliste à qui je l'ai dit m'a dit : il faut prendre les deux à la fois ou pas du tout mais vous ne pouvez pas en prendre qu'un seul. Il m'a dit : si c'est le médicament lui même vous pouvez en prendre un autre, mais si c'est la molécule... On a essayé d'autres marques mais ça ne changeait rien, alors je l'ai arrêté. (Maryse 56 ans, date de la ménopause non déterminée)*

- Un objet de prévention des maladies associées à la vieillesse

Plusieurs femmes déclarent que leur engagement dans une thérapie hormonale a pour objet de prévenir l'apparition de maladies liées à la vieillesse, notamment l'ostéoporose (8), les maladies cardiovasculaires (1), ou les pertes de mémoire (2). Le risque d'ostéoporose est particulièrement mis en avant par celles qui adhèrent à la représentation de la «*ménopause effacée*» et visent, grâce à leur engagement dans un THS, à échapper à la figure de la vieille

« *qui se tasse* » et « *qui se casse* ». Cette peur des femmes à l'égard de l'ostéoporose a été confirmée par plusieurs des gynécologues rencontrées (5/8). Elle semble plus caractéristique des femmes les plus scolarisées et de celles qui ont été sensibilisées à ce risque à travers l'expérience de leur mère si celle-ci a elle-même souffert d'ostéoporose. Le test diagnostique (densitométrie osseuse) pratiqué au moment de la ménopause peut également mettre en évidence un risque personnel qui pour la très grande majorité des femmes impose alors le recours à une hormonothérapie de substitution :

*E : [...] suite à ma, mon hyperthyroïdie, ça entraîne quand même l'ostéoporose, on est beaucoup plus sujet... Comme j'avais un très mauvais résultat, il fallait quand même faire un traitement hormonal. C'est pour ça surtout (que j'ai pris un THS).*

*I : C'est la gynécologue qui vous l'a expliqué ?*

*E : Oui, et le médecin aussi. Parce que j'avais, parce que ma comment ça s'appelle densitométrie [...] était très, très mauvaise. Parce que moi c'est de l'hyperthyroïdie, pas de l'hypo. Y en a c'est de l'hypo. Donc, après ça, c'est important de faire un traitement hormonal. (Edith 58 ans, ménopause 52 ans)*

- Un régulateur d'humeur, une assurance de performance continue

Quelques femmes (3) considèrent le THS comme un régulateur de l'humeur et une assurance de performance continue, tant dans la sphère professionnelle que familiale, comme l'ont également souligné Stephens *et al.* (2002) et Légaré *et al.* (2000). Elles rapportent une intense fatigue qu'elles attribuent notamment aux bouffées de chaleur et aux saignements utérins qui surviennent en pré-ménopause. Deux femmes rapportent une baisse de productivité au travail qui les préoccupe. Les sautes d'humeur et les états dépressifs semblent également redoutés du fait de leur impact sur les relations familiales, les femmes ayant le sentiment d'être « *agressives* » et de ne pas pouvoir assumer l'ensemble de leurs rôles domestiques. Avec le THS, ces femmes ont le sentiment de « *revivre* », de retrouver une « *nouvelle énergie* » :

*Après l'arrêt des règles, peu de temps après, j'ai été plongée dans une déprime profonde, une fatigue importante, j'ai eu une infection gynéco à cause de la sécheresse vaginale, des insomnies, des bouffées de chaleur... Je suis allée voir un psy à cause de la déprime... Puis je suis allée chez une autre gynéco qui m'a donné un THS. Au bout de 8 jours de traitement, je revivais. (Alice 53 ans, ménopause 48 ans)*

- Un soin gynécologique au service de la sexualité

Quelques femmes adoptent le THS pour traiter ou prévenir des problèmes gynécologiques (sécheresse vaginale et infections gynécologiques), qui peuvent rendre douloureux les rapports sexuels et affecter la libido. L'utilisation du THS permet ainsi de poursuivre une «*vie sexuelle normale* », ce qui facilite l'inscription dans la continuité :

*I : Et sur votre vie sexuelle, est-ce que la ménopause a eu un impact ?*

*A : On ne peut pas vraiment parler d'impact à part la sécheresse vaginale mais avec le traitement de substitution on n'a plus ce problème de sécheresse vaginale parce que c'est quand même pénible. (Alice 53 ans, ménopause 48 ans)*

Peu de femmes (3) ont toutefois évoqué cet usage. D'après les gynécologues, les femmes sont nombreuses à rapporter des problèmes de sécheresse vaginale lors des consultations. Les médecins précisent toutefois qu'elles n'abordent pas ce problème facilement. Lorsque la sécheresse vaginale est le seul trouble mentionné, ils préfèrent généralement prescrire des gels lubrifiants ou des traitements hormonaux par voie locale qu'ils distinguent des traitements hormonaux par voie orale ou transdermique, qui sont plus fortement dosés en œstrogènes.

- Un soin cosmétique anti-vieillesse

Plusieurs femmes attribuent au traitement hormonal une action préventive sur le dessèchement cutané et l'apparition des rides : « *c'est bon pour la peau* », « *c'est notre meilleure crème de beauté* ». Nous avons d'ailleurs noté que deux femmes conservaient leur plaquette de THS dans leur trousse à maquillage (la plupart des femmes la rangent sur la table de nuit ou dans un endroit dédié dans la salle de bains). Toutefois, cet usage du THS comme soin cosmétique ne semble pas intervenir comme motivation principale de la prise du THS au sein de notre échantillon mais peut-être est-il aussi moins légitime ?<sup>67</sup>

---

<sup>67</sup> Cet usage était par contre plus souvent mentionné dans les forums que nous avons consultés.

- Un objet permettant de « repousser » l'entrée symbolique dans la vieillesse

Le traitement hormonal est présenté par plus de la moitié des femmes qui témoignent d'une représentation positive des THS, comme un moyen de retarder l'entrée dans la vieillesse. Il agit à plusieurs plans. En prévenant ou en supprimant les troubles de la ménopause (le signifiant), il permet tout d'abord d'effacer la ménopause (le signifié), facilitant ainsi l'inscription des femmes dans la continuité. Le THS donne en effet la possibilité « *d'être soi-même* », de rester « *jeune dans sa tête et dans son corps* » et d'effacer la rupture biologique et symbolique que constitue la ménopause :

*[...] avec ce traitement, j'ai l'impression d'avoir repris une nouvelle jeunesse. Oui, j'ai l'impression d'avoir retrouvé une nouvelle jeunesse car je me traînais vraiment avant. Et puis tous ces soucis, tous ces désagréments de ménopause envolés, j'ai l'esprit plus libre. Je ne me sens pas reléguée au rang de vieille femme ménopausée (Alice 53 ans, ménopause 48 ans).*

Le traitement hormonal peut également (lorsqu'un schéma discontinu est adopté), être envisagé comme un moyen de rétablir les règles dont l'arrêt projette certaines femmes dans la vieillesse. Au sein de notre échantillon, une seule femme a mentionné cet usage.<sup>68</sup>

- L'assurance d'un bon suivi gynécologique à la ménopause

Plusieurs femmes (6) soulignent enfin que la prise du THS s'accompagne d'un suivi gynécologique régulier ponctué par différents tests (bilans sanguins, mammographies, frottis), auxquels elles ne peuvent déroger, la nécessité de renouveler la prescription les obligeant à consulter leur gynécologue tous les six mois. Le THS constitue ainsi l'assurance d'un bon suivi gynécologique auquel toutes les femmes ne se plieraient pas nécessairement un peu par négligence mais aussi, parce qu'elles ne savent pas toujours précisément à quand remonte le dernier rendez-vous : « *le fait de prendre un traitement me fait faire régulièrement une mammographie, un examen gynéco...que je ferais moins souvent si je n'avais pas de traitement* ». La prescription du THS, délivrée pour trois mois et

<sup>68</sup> Les gynécologues ont également souligné que cette utilisation restait assez marginale.

renouvelable une fois, permet ainsi aux femmes de se situer dans le temps comme c'était le cas, avant la ménopause, avec le cycle menstruel ou la pilule contraceptive.

- Un traitement accessible et légitime

L'un des attraits du THS réside aussi comme l'ont souligné trois femmes dans son remboursement. En effet, contrairement aux phytohormones qui ne constituent pas à proprement parler des médicaments (n'ayant pas fait l'objet d'un enregistrement), les THS sont généralement remboursés à 65%. Ce statut rend pour certaines femmes le recours au traitement plus accessible : <sup>69</sup>

*A : [...] j'ai pris du soja sur une période d'environ trois mois avec un autre produit euh...mais j'ai oublié le nom. Mais, je trouvais que c'était trop cher ce traitement et en plus il n'y avait aucun résultat, je me sentais toujours aussi mal. Alors je suis allée voir une autre gynéco qui m'a donné un THS.*

*I : Et le THS ce n'est pas trop cher ?*

*A : Ah, mais non, c'est remboursé, enfin en partie.*

*(Alice 53 ans, ménopause 48 ans).*

#### 5.1.1.2 Un instrument de libération des femmes

Pour plusieurs femmes (7), la prescription d'un THS s'inscrit dans le prolongement de la contraception orale prise très tard et avec laquelle elles se sentent très à l'aise en termes de manipulation (« *cela fonctionne comme une plaquette de pilule contraceptive* »). Plusieurs études quantitatives ont effectivement souligné que les femmes sous THS étaient plus nombreuses à avoir utilisé une méthode contraceptive par le passé (pilule ou stérilet) (Bercier, 2003 ; Delanöe, 2001).<sup>70</sup>

<sup>69</sup> Une gynécologue nous a confirmé que le statut de remboursement était un élément à prendre en compte dans l'acceptation du traitement. Ainsi, le Livial® (Tibolone) a selon lui moins de succès auprès des femmes parce que ce THS n'est pas remboursé.

<sup>70</sup> L'emploi de la pilule, qui est en France la méthode contraceptive la plus répandue (60% des femmes de 20 à 44 ans ne souhaitant pas être enceinte y ont recours) a progressé auprès des femmes âgées de 40-44 ans qui étaient près de 30% à l'utiliser en 2000 contre 12% en 1978. Le stérilet reste toutefois la méthode contraceptive principale des femmes de ce groupe d'âge, qui sont près de 40% à y avoir recours. (Leridon *et al.*, 2002)

Certaines de ces femmes considèrent la contraception médicalisée sous l'angle de la modernité, du progrès et de l'émancipation féminine : « *alors il y a eu la pilule, il y a eu l'avortement et il y a eu beaucoup plus de liberté* ». Le THS qui se diffuse après les contraceptifs oraux, s'inscrit dans la même logique. Il est un instrument au service des femmes leur permettant d'échapper à l'emprise de la nature, à cette fatalité féminine. Quelques unes (3) précisent d'ailleurs qu'elles ne considèrent pas vraiment le THS comme un médicament parce qu'elles l'associent à la pilule contraceptive. La familiarité développée à l'égard des contraceptifs oraux dont ces femmes ont une longue habitude a certainement contribué à ce statut un peu à part des traitements hormonaux. Il est possible aussi que les femmes ne voient pas les contraceptifs comme des médicaments parce qu'ils n'ont généralement pas de visée curative, ni préventive (la grossesse n'étant pas une maladie).

#### 5.1.1.3 Un traitement qui n'est pas remis en question par l'étude WHI

Les femmes qui témoignent d'une représentation positive du THS déclarent qu'elles n'ont pas été particulièrement inquiétées par la publication des études WHI et MWS, considérant que les risques dont il est question ne les concernent pas. Elles estiment de plus, notamment celles qui considèrent le THS comme un instrument de libération, que ces risques ne sont pas particulièrement nouveaux.

##### - Un risque qui s'applique aux autres

Plusieurs femmes (7) minimisent la portée des résultats de l'étude WHI, reprenant le discours des cliniciens sur la non applicabilité de l'étude américaine au cas français et surtout aux femmes françaises. Elles mettent notamment l'accent sur les différences quant aux produits utilisés aux Etats-Unis, insistant sur le fait que les produits utilisés en France sont plus « légers » et plus « naturels ». A ce titre, les produits hormonaux administrés par voie transdermique (gels vaginaux ou patches) qui sont plus fréquemment utilisés en France, semblent bénéficier d'une image moins nocive que les produits ingérés par voie orale, comme l'a expliqué une gynécologue rencontrée.

Les participantes insistent également sur le profil des femmes américaines sous THS, considérant que les mauvais résultats de l'étude sont en partie attribuables à leur mauvaise hygiène alimentaire :

*Elle (la gynécologue) m'a rassurée, elle m'a dit : comme ce ne sont pas les mêmes hormones aux Etats-Unis. Ils utilisent des hormones synthétiques et en France, on utilise des hormones naturelles ... Et en plus, le traitement que j'ai est nettement plus léger que ce qu'on donne aux américaines. Et elles n'ont pas la même nourriture, alors que moi, je mange beaucoup de fruits et légumes. Depuis toujours, j'ai toujours fait attention à l'alimentation. J'estime que ça fait partie de la qualité de la vie et ça n'a rien à voir avec la manière de se nourrir des américains. [...] je vois pas comment on peut comparer mon régime, enfin je fais pas de régime mais mon alimentation à celle des américains (Emma, 56 ans, ménopause 46 ans).*

*Ma gynécologue m'en a parlé la dernière fois que je l'ai vue. Elle m'a donné un article là dessus. Mais les résultats qu'ils ont annoncés ne concernent pas la France. Ce ne sont pas les mêmes produits. (Marie 58 ans, date de la ménopause non déterminée)*

Le niveau de risque associé au traitement semble également peu élevé parce que celui-ci reste cautionné par le gynécologue. Ces femmes témoignent en effet d'un sentiment élevé de confiance à l'égard de leur praticien. Cette confiance s'applique aussi au THS, symbole de l'expertise médicale :

*Alors moi, j'ai tendance à faire confiance aux scientifiques quand même. J'espère quand même qu'on nous raconterait pas n'importe quoi pour vendre des œstrogènes qui ne valent d'ailleurs pas grand chose, hein ? Alors j'en ai parlé avec mon gynécologue. Et lui, il m'a dit, non pour l'instant, on n'a absolument aucune corrélation. Lui, il est bien sûr au courant de la controverse. Alors moi je continue. (Delphine 54 ans, ménopause 46 ans)*

Le suivi régulier pratiqué par le gynécologue, qui est spécifique à la France, participe largement de l'entretien de cette relation de confiance : « C'est pas dangereux si on est bien suivie », « Il faut faire attention... Mais si on est bien suivie ». Les femmes semblent particulièrement rassurées par le recours aux technologies de contrôle (frottis, mammographies, bilans sanguins), qui sont jugées efficaces pour tenir le risque à distance.

Enfin, trois femmes questionnent la réalité même du risque (« *je ne sais pas si c'est vrai que ça augmente vraiment les cancers* », « *il faut pas croire non plus tout ce qu'ils écrivent dans les journaux* ». L'une d'elle souligne que le risque est partout (« *On peut aussi traverser la rue et se faire écraser, surtout comme les gens roulent. Là aussi il y a des risques !* »). Elle considère que les médias ont sans doute amplifié la menace : « *Je ne dis pas qu'il n'y a pas de risque, mais ils sont exagérés. C'est pour vendre les journaux tout ça* ».

- Un risque familial

Plusieurs participantes citent également le nombre d'années pendant lesquelles elles ont pris un THS comme un indicateur de l'innocuité du traitement. La familiarité du traitement et le fait qu'il n'ait pas entraîné d'effets secondaires semblent ainsi tempérer la perception du risque, comme l'explique Bernadette :

*B : Pour l'instant, donc, je ne remarque rien. Mais, bon, là on dit que ça peut entraîner le cancer du sein. Mais là aussi, elle (la gynécologue) me suit. Alors je fais des mammographies, je... donc, si elle juge que ça va...*

*I : Elle vous en avait parlé de cette controverse quand vous l'avez vue la dernière fois ?*

*B : Non, pas particulièrement. Ca va. Non, non, elle m'a pas parlé que ça pouvait créer le cancer du sein. Non, on le continue parce que ça va bien, elle me surveille, enfin j'espère. [...] Oui, mais parce que ... le docteur il continue parce que tout va bien et du moment que je suis pas vraiment malade. (Bernadette 58 ans, ménopause 48 ans)*

Pour plusieurs femmes, qui considèrent que la pilule et le THS sont des produits similaires, les risques encourus par la prise du THS peuvent être assimilés à ceux des contraceptifs. L'expérience et la familiarité à l'égard des traitements hormonaux semblent ainsi réduire la perception du risque :

*[...] j'ai pris la pilule pratiquement toute ma vie, je n'ai jamais eu de problèmes avec la pilule donc il n'y a aucune raison que j'ai des problèmes avec le traitement substitutif (Emma 56 ans, ménopause 46 ans)*

Certaines femmes estiment de plus que la polémique qui entoure les traitements hormonaux de substitution s'inscrit dans la continuité du débat suscité par la diffusion de la pilule contraceptive. La controverse n'étant pas nouvelle elle est donc jugée moins menaçante. Pour

deux d'entre elles, la remise en question des traitements hormonaux semble difficilement recevable. Delphine, qui ne voulait pas subir les « *inconvénients normalement liés au destin des femmes* », semble ainsi peu encline à remettre son traitement en question :

*[...] Et si un jour, on me trouve un cancer du sein. Je dirai, c'est peut-être pas de chance. Je ne dirai pas que c'est lié. Je me sens pas du tout portée à avoir ce genre de discours, Non. Je dirai plutôt, ben c'est pas de chance, je fais partie du pourcentage qui a le cancer du sein. Mais j'ai pas envie d'accuser le traitement ». (Delphine 54 ans, ménopause 46 ans)*

Pour Maryse, qui considère que ce traitement est un instrument d'émancipation, sa remise en question constitue presque une atteinte aux droits acquis des femmes, confrontant à nouveau celles-ci à « l'injustice hormonale » :

*Avez vous vu au fil des années, ce qui est dangereux c'est toujours ce qui peut favoriser le bien être et la vie des femmes ou ce qui est pris par les femmes, rappelez vous le concert d'avertissements mortels contre la pilule qui se révèle dans un de ses composants, bénéfique pour la santé. [...] La pilule, ils étaient contre et maintenant, on nous remet ça pour le traitement de la ménopause. (Maryse 56 ans, date de ménopause non déterminée)*

Le contexte français de la prescription des traitements hormonaux (contraceptifs et de substitution) apporte un éclairage utile pour comprendre l'attachement de certaines des femmes de la génération des baby-boomers à la thérapie hormonale. Ces traitements se sont en effet, comme nous l'avons souligné, diffusés en premier lieu via les cabinets de gynécologie médicale, spécialité largement féminisée et fortement associée au mouvement de libération des femmes. Cela explique sans doute qu'en France, ils constituent encore des symboles de la revendication féministe.

### 5.1.2 Des représentations plus ambivalentes

Certaines femmes (7) sont plus ambivalentes à l'égard du traitement hormonal auquel elles attribuent des bénéfices mais également des risques. Toutes ces femmes, sauf une, encore en péri-ménopause, se sont engagées dans une hormonothérapie substitutive.

Ces femmes qui témoignent de représentations variées à l'égard de la ménopause, soulignent, comme les précédentes, l'efficacité du traitement sur les troubles de la ménopause, sur la prévention de l'ostéoporose, sur la régulation de l'humeur et sur le maintien de la performance. Certaines considèrent également qu'il permet de repousser l'entrée dans la vieillesse. Mais toutes évoquent aussi les risques que peut entraîner la prise d'un THS, auxquels elles ont été sensibilisées par la publication des résultats de l'étude WHI. La portée du risque semble toutefois varier selon les femmes qui n'ont pas procédé aux mêmes réaménagements de leur pratique.

#### 5.1.2.1 Le regret des bénéfiques du THS

Plusieurs des femmes (5) qui se montrent ambivalentes à l'égard des THS, ont fait l'expérience de leur efficacité. Deux d'entre elles ont interrompu leur thérapie, l'une du fait de l'apparition de contre-indications et l'autre, à la suite de la publication de l'étude WHI. Ces femmes redoutent le retour des troubles qui avaient présidé à la mise en route du traitement. L'une d'elle, Pauline craint d'être déprimée, de ne plus être performante dans son travail, de perdre le contrôle sur son humeur et de ne plus pouvoir faire face à ses engagements familiaux. L'arrêt du traitement semble ainsi faire resurgir une ménopause qu'elle croyait en partie sous contrôle, réactualisant la notion de rupture biologique et symbolique :

*[...] surtout j'ai peur de plus avoir le moral, d'être déprimée. Parce que ça joue beaucoup là dessus la ménopause. Alors je lui ai dit (au médecin). Vous allez voir, je vais être déprimée et moi je ne peux pas, j'ai mon travail, c'est exigeant, j'ai ma mère, il faut que je gère tout ça. Déprimée, là, j'ai pas le temps vous comprenez ? (Pauline, 58 ans, ménopause 52 ans)*

Ces femmes, qui étaient très satisfaites de leur hormonothérapie, semblent aujourd'hui avoir de la difficulté à s'en faire une idée claire, incertitude qui se reflète aussi au niveau de la pratique. Agnès, qui présente une contre-indication à la prise d'un THS, du fait de problèmes au niveau des seins, arrête son traitement sur conseil médical. Devant le retour des bouffées de chaleur, elle décide de le reprendre, mais inquiétée par son médecin, l'interrompt à

nouveau. Pauline témoigne également d'une forte ambivalence. Visiblement inquiétée par les risques associés au THS, elle évoque quand même la possibilité de reprendre son traitement :

*P : [mon généraliste] il est pas pour. Et moi, non plus, je crois que je ne veux plus le reprendre. Et puis avec tout ce qu'on lit. A la radio, à la télé ils en ont parlé. C'est difficile de savoir ce qu'il faut penser. C'est sans doute par principe de précaution, qu'ils demandent aux femmes d'arrêter leur traitement. C'est ce que m'a dit ma gynécologue. Elle, elle trouve que je devrais continuer si ça va pas. Mais moi, je ne sais plus. Je me donne 6 mois. Et puis je verrai. (Pauline 58 ans, ménopause 52 ans).*

#### 5.1.2.1 Un risque jugé acceptable

Certaines femmes (3) bien qu'ambivalentes à l'égard du traitement hormonal, poursuivent leur thérapie. La prise de conscience des risques associés au THS intervient dans le contexte de l'étude WHI. Ces femmes estiment toutefois que le risque reste acceptable compte tenu des bénéfices du traitement. On retrouve dans leur discours certains des arguments présentés par celles qui ont une représentation positive des THS soit, la confiance à l'égard du gynécologue et la différence des produits français. Mais, le mécanisme principal d'atténuation du risque réside dans la valorisation des bénéfices de l'hormonothérapie. Pour ces femmes qui adhèrent à la représentation de « la ménopause contrôlée », c'est la permanence des troubles de la ménopause qui motive la poursuite du traitement :

*Je pense que... enfin je me pose des questions sur tout ce qui a été dit. Mais je ne me vois pas arrêter le traitement parce qu'avec ce traitement j'ai l'impression d'avoir repris une nouvelle jeunesse. [...] Comme je vous dis, je n'ai pas du tout envie d'arrêter. J'ai essayé d'arrêter mais les résultats sont trop pénibles. Donc maintenant, je n'y pense même plus de l'arrêter le THS. (Alice 53 ans, ménopause 48 ans)*

Cette dépendance à l'égard du traitement ne veut toutefois pas dire que les femmes adoptent une attitude passive. Celles-ci déploient des stratégies visant à atténuer la perception du risque. Elles pratiquent ainsi, à leur propre initiative, des fenêtres thérapeutiques qui ont pour objet de vérifier que le recours au THS est toujours nécessaire. Une des femmes révisé le dosage prescrit à la baisse. Ces actions « d'autorégulation » (Conrad, 1985) apaisent parce qu'elles donnent aux femmes le sentiment de contrôler le risque :

*C'est pas un traitement sans risque. Mais ça on le savait. Mais il faut voir aussi que les produits qu'on nous prescrit en France ne sont pas les mêmes que ceux des américaines. Moi, je le gère, en arrêtant assez régulièrement et quand je me sentirai bien j'arrêterai totalement. J'ai pas de problème avec ça. (Martine 55 ans, ménopause 53 ans)*

*J'ai diminué de moi-même les doses de Livial® l'été dernier. Je prends maintenant la moitié d'un comprimé et cela marche pareil, je n'ai pas d'inconvénients. J'en avais parlé à un gynéco et il m'a dit que cela fonctionnait bien en demi doses. Mais il est évident que si je n'avais pas les inconvénients de la ménopause, je ne prendrais aucun traitement substitutif. [...]. Pour mon traitement THS, je ferai des essais de temps à autre, et dès que je verrai que je n'ai plus de bouffées de chaleur ou de sudations nocturnes, j'arrêterai tout traitement, car j'ai horreur des médicaments. (Géraldine 56 ans, ménopause chirurgicale 44 ans).*

Une autre femme apprivoise l'incertitude liée à la prise de THS en mettant l'accent sur une des dimensions du risque (la durée de traitement) sur laquelle elle décide d'agir. Elle précise ainsi qu'il ne faut pas poursuivre le traitement trop longtemps et envisage de l'arrêter prochainement.

### 5.1.2.3 Des bénéfices du THS non éprouvés

Deux femmes se montrent plus méfiantes à l'égard des traitements hormonaux. La première n'a pas initié de traitement parce qu'elle est encore en péri-ménopause et que son médecin lui a déconseillé la mise en route d'un THS avant que la ménopause ne soit véritablement installée. Cette femme qui adhère à la représentation de « la ménopause fatalité » et doute de la capacité du THS à réguler les troubles de la ménopause, semble peu décidée à s'engager dans une hormonothérapie. La seconde qui considère la ménopause comme une « transition libératrice », a interrompu son traitement au bout de quelques mois parce qu'elle ne constatait pas d'amélioration au niveau des bouffées de chaleur. Ces deux femmes n'ont pas éprouvé les bénéfices du THS et le jugent assez négativement. Elles se refusent toutefois à le condamner, constatant qu'il peut être efficace pour certaines femmes de leur entourage :

*Pour moi (le THS), ça n'a pas réussi mais j'ai des amies qui le prennent et ça leur réussit bien. Elles se sentent en forme. Elles font très jeunes aussi. Moi, je préfère le soja, c'est plus naturel. Et puis la ménopause c'est une transition nécessaire aussi. Il faut aussi savoir être à l'écoute de son corps. [...] Mais je condamne pas non plus. Chacune se le*

*voit. Moi, je préfère faire sans. Parce que les risques de cancer c'est réel aussi. Il y a des femmes qui ne veulent pas le voir mais c'est un traitement, on ne sait pas ce que ça peut faire, surtout à long terme. [...] on ne sait pas ce que ça cache et il faudra bien arrêter un jour et peut être en payer les conséquences. Moi, j'ai autour de moi 2 femmes, ma belle sœur qui a 69 ans, qui est superbe, superbe et mon amie en Corse, elle fait nettement 15 ans de moins. Et là, elle est obligée d'arrêter les hormones et elle me dit : je ne sais pas comment je vais faire. J'ai aussi une amie toubib à l'association, qui a été ménopausée à 41 ans, elle a 61 ans maintenant, ça fait 20 ans qu'elle est sous hormones... C'est, ce sont des femmes flamboyantes. Alors je me dis... c'est peut-être pas si mal. (Mathilde 54 ans, ménopause 52 ans).*

### 5.1.3 Des représentations négatives

Un tiers des femmes rencontrées (9) témoigne de représentations plutôt, voire franchement négatives à l'égard des traitements hormonaux. Certaines insistent sur le caractère toxique et non naturel de ces produits, d'autres sur les effets secondaires qu'ils peuvent occasionner. Toutes soulignent les risques de pathologies graves que présentent ces traitements. Certaines font référence à des menaces précises (principalement le cancer du sein mais aussi les risques cardio-vasculaires), d'autres évoquent un risque plus diffus, déclarant que c'est un traitement « *qui fait des dégâts* » qui est « *trop dangereux* », dont « *on ne sait pas ce que ça peut donner* ». Ces représentations négatives du traitement hormonal sont plus ou moins récentes et correspondent à différentes situations d'interaction avec le THS (certaines avaient initié une hormonothérapie, d'autres pas). Elles sont également associées à différentes représentations de la ménopause.

#### 5.1.3.1 Le refus de la médicalisation de la ménopause

Parmi les femmes qui témoignent d'une représentation négative du THS, quatre n'avaient pas suivi de THS, étant peu favorables à la médicalisation de la ménopause qui constitue, selon elles, une évolution naturelle de la vie des femmes. Pour elles, la nocivité des THS découle principalement de leur caractère « *chimique* » et « *synthétique* », dimensions qu'elles attribuent également à la pilule contraceptive. Ces femmes s'opposent à la médicalisation du cycle féminin, jugeant que l'apport d'hormones exogènes est non naturel.

*C'est quand même un apport d'hormones qui n'est pas naturel. C'est comme quand vous prenez la pilule. Tous les dégâts que ça peut faire. [...] Quand je vois ma fille qui prend la pilule comme ça tous les jours, minimum à partir de 18 ans, c'est affreux et c'est pas naturel ». (Myriam, 58 ans, ménopause 48 ans)*

### 5.1.3.2 Des effets secondaires importants

- Parmi les femmes qui avaient initié une thérapie, trois l'avaient interrompu avant la publication des résultats de l'étude WHI, l'une parce qu'elle jugeait la prise du THS trop contraignante et les deux autres parce qu'elles avaient fait l'expérience d'effets secondaires. Ces deux femmes décrivent des manifestations somatiques nombreuses (prise de poids, maux de ventre, tension des seins, douleurs articulaires, hémorragies, malaise général) jugées plus gênantes que les troubles qu'elles associent à la ménopause. Ces effets secondaires « éprouvés » sont clairement reliés à la prise du THS puisqu'ils disparaissent avec l'arrêt du traitement. Ils semblent rendre plus tangible sa toxicité potentielle :

*[Le traitement de substitution] Non, j'ai pas voulu. Je crois J'ai commencé et je crois que je l'ai suivi une semaine. J'ai voulu essayer et au bout de huit jours, je commençais à avoir mal au ventre comme quand j'ai eu mes premières règles. Ah, non, j'ai assez souffert quand j'avais onze ans ou douze ans quand j'avais mes premières règles ; ces douleurs là, je ne voulais pas les revivre à mon âge à plus de 56 berges. Ah, non, je me suis dis, je recommence pas ça. (Brigitte 59 ans, ménopause 55 ans).*

L'interprétation de ces effets semble largement orientée par les représentations des femmes à l'égard de la ménopause. Louise, qui adhère au modèle humoral des règles, juge ainsi que le traitement hormonal ne lui est pas approprié parce qu'elle a subi une hystérectomie. Elle considère que les effets secondaires dont elle fait l'expérience sont la conséquence de la rétention des hormones exogènes qui empoisonnent son organisme :

*Après mon opération, quand ils m'ont enlevé l'utérus, je prenais des hormones. Mais ça m'allait pas du tout. C'était des hormones qui vous font encore avoir les règles. Et moi, j'avais plus d'utérus alors je ne pouvais pas évacuer toutes ces mauvaises choses qui restaient en moi. C'est à ce moment là que j'ai commencé à prendre du poids et puis je me sentais pas bien du tout. [...] Et puis en plus avec les hormones, j'avais une poitrine énorme, J'ai eu peur. [...] Mais quand même d'arrêter les hormones, ça allait déjà mieux. Déjà, j'ai fondu comme dirait l'autre. (Louise 56 ans, ménopause chirurgicale 49 ans)*

Certains des effets que constate cette femme, notamment le sentiment de « gonfler », sont similaires à ceux dont elle avait déjà fait l'expérience avec les contraceptifs oraux :

*[j'ai pris la pilule] 2 mois, seulement, en tout et pour tout. Je ne supportais pas, ça me faisait gonfler.*

*[...] avec les hormones [THS], j'avais gonflé, j'avais une poitrine énorme, j'ai eu peur. (Louise 56 ans, ménopause chirurgicale 49 ans)*

Plusieurs femmes (3) qui n'ont pas eu recours aux THS témoignent aussi de mauvaises expériences avec des contraceptifs oraux :

*[...] j'étais contente de ne pas avoir eu à prendre cette décision (décider ou non d'avoir recours à un THS). Surtout qu'en plus déjà, euh... à l'âge, enfin, après la naissance de mon fils, on avait la possibilité de prendre la pilule, ça faisait pas très longtemps que ça existait. Donc, euh, on me l'avait prescrit et j'ai pas du tout supporté. Alors là, justement, j'étais irritable, enfin, j'avais plein de problèmes, je maigrissais et moi ça me perturbait. Et après j'ai pris des contraceptif, genre stérilet et j'ai vécu avec ça tout le temps, et ça c'est très bien passé. (Sonia 58 ans, ménopause 56 ans)*

### 5.1.3.3 Une sensibilité accrue aux risques du THS

Deux autres femmes ont interrompu leur hormonothérapie parce qu'elles avaient été inquiétées par les résultats de l'étude WHI. L'une adhère à la représentation de la « ménopause effacée » et l'autre, à celle de la « ménopause transition libératrice ». Ces femmes, qui étaient jusqu'à la diffusion des résultats de l'étude très satisfaites de leur traitement, jugent aujourd'hui que les risques associés à la prise du THS sont inacceptables. Cette remise en question du traitement est liée à l'ampleur de la couverture médiatique qui les a alertées sur l'importance du phénomène. La controverse entre les cliniciens et les autorités de régulation (AFSSAPS) ainsi qu'entre les cliniciens eux mêmes, semble également avoir contribué à accroître la perception du risque. Une des femmes semblait particulièrement déconcertée par les avis divergents qu'elle recevait de la part de ses différents médecins :

*Alors, j'ai mon docteur du cholestérol qui veut pas que j'utilise les hormones, la gynéco qui veut pas que j'arrête, la généraliste qui veut que j'arrête, moi j'ai dit, mais qu'est-ce que je fais avec tout ça ? (Karine 58 ans, ménopause chirurgicale 46 ans)*

Pour celle-ci, le médecin généraliste<sup>71</sup> a joué un rôle particulièrement actif en décourageant formellement la poursuite du traitement. Ce faisant, il a amplifié la perception du risque et entraîné chez elle un retour réflexif sur sa pratique (Giddens, 1991) :

*[...] il y a un an, ma généraliste m'a dit : il est temps que j'arrête ça. Ça développe le cancer du sein. Il fut un temps, on n'était pas sûr, mais maintenant on sait que ça multiplie beaucoup. [...] Oh, elle me l'avait dit il y a deux ans, il est temps que vous arrêtiez. Moi, je l'avais pas écoutée. Je me suis dit bon, comme ils ont dit niveau cardiovasculaire c'est très bien, niveau peau, c'est bien, bon que avec ça on aura pas la sécheresse vaginale, des trucs comme ça, moi, je me suis dit : je me le garde, ça fait partie de mon entretien, je ne l'écoutais pas. Mais c'est après, elle m'a dit : Non ! sur un ton ! Non ! Mieux vaut avoir un petit bobo qu'un gros bobo ! Quand elle m'a dit gros bobo, c'est le cancer du sein contre les bouffées de chaleur. Elle m'a dit : Non ! vous arrêtez. Là, je me suis inquiétée et j'ai arrêté. Oui, c'est ça, ça fait un an que j'ai arrêté les hormones. (Karine 58 ans, ménopause chirurgicale 46 ans).*

Ces deux femmes ont assez bien vécu les conséquences de l'arrêt de la thérapie hormonale. Certes, le THS a occasionné une réapparition de certains symptômes associés à la ménopause mais ceux-ci sont jugés préférables aux risques que présente le THS et surtout bien gérés. Ces femmes témoignent de leur volonté de laisser les choses se faire « *normalement* », c'est-à-dire sans recourir à aucun traitement. Mais devant la réapparition des troubles de la ménopause, elles décident d'envisager un autre traitement : une des femmes initie un traitement à base de soja, tandis que l'autre demande à sa gynécologue de lui prescrire un traitement non hormonal. La ménopause reste donc un événement à contrôler, toutefois les modalités pour le faire ne sont plus les mêmes.

<sup>71</sup> Il semblerait que les médecins généralistes aient été plus sensibles aux consignes de prescription de l'AFSSAPS, comme l'ont souligné trois médecins généralistes que nous avons contactés. Plusieurs des gynécologues que nous avons rencontrées ont également déclaré avoir incité leurs patientes à pratiquer des fenêtres thérapeutiques, conformément aux recommandations de pratiques diffusées par l'AFSSAPS.

#### 5.1.3.4 Un risque qui renforce le scepticisme à l'égard des médicaments et des experts

Les femmes qui n'avaient pas eu recours au THS ou l'avaient interrompu rapidement ont souligné qu'elles n'avaient pas été inquiétées par la controverse faisant suite à la publication de l'étude WHI. Certaines se félicitaient d'avoir été méfiantes. La diffusion des résultats de l'étude semble toutefois avoir renforcé les représentations négatives qu'elles avaient du THS.

Trois femmes se demandent également si les médicaments ne sont pas commercialisés un peu trop rapidement et appellent à la prudence dans la manipulation de ces produits aux effets secondaires importants et pas toujours bien évalués lors de leur mise sur le marché :

*I : Qu'est-ce que vous pensez de la controverse autour du traitement hormonal ?*

*C : Et bien justement. On ne sait pas trop ce qu'il faut en penser. C'est plutôt inquiétant. Mais moi je n'ai pas voulu en prendre des hormones et heureusement. Mais j'ai des collègues qui en ont pris.*

*I : Et elles sont inquiètes ?*

*C : Pas tellement. Bon, moi je vais pas les inquiéter non plus. C'est leur choix. Mais je trouve qu'on est parfois un peu cobaye dans tout ça. Les médicaments, c'est aussi des effets secondaires. Il faut être prudent. Moi, j'ai un fils qui est biologiste et il disait que non, qu'il fallait arrêter de prescrire des hormones à toutes les femmes, qu'on n'avait pas assez d'études. Alors oui, il faut être prudent. (Camille 55 ans, ménopause 53 ans)*

Dans leur cas, la controverse entourant le THS semble avoir participé d'une sensibilisation croissante au risque médicamenteux. L'impact de la « crise » du THS a sans doute été renforcé par le fait qu'elle ne constitue pas un événement isolé mais s'inscrit dans une série « d'affaires » mettant en cause des médicaments vedettes dont on découvre progressivement les effets toxiques.

Chez les deux femmes qui ont interrompu leur thérapie dans le contexte de l'étude WHI, on observe une évolution nette des représentations du THS. Elles font également état d'une prise de distance à l'égard de leur gynécologue, témoignant d'un décalage entre leur perception des risques encourus et celle du praticien. Elles ont de plus le sentiment que le gynécologue, contrairement au médecin généraliste, est partie prenante dans le débat, ayant un intérêt à prescrire des THS qui les font revenir dans son cabinet tous les six mois :

*J'ai arrêté toute seule comme ça du jour au lendemain, j'ai dit : j'ai peur, je veux pas. [...] Après, je suis allée comme je vais tous les 6 mois chez la gynéco et je l'ai mis devant le fait accompli. [...] Elle m'a dit : bon vous avez choisi. [...] Mais pour elle, il n'y avait pas de danger. Pour moi, il y en a. (Paule 53 ans, ménopause 49 ans)*

*Je suis suivie par une gynécologue et elle, elle n'était pas d'accord pour que j'arrête. [...] Elle m'a dit : oui ! vous écoutez votre généraliste et autre. Elle était pas contente non plus. Et, oui ! il faut continuer, comme ça je vous verrai tous les 6 mois ! J'ai dit non ! J'ai arrêté, vous me donnez le traitement contre les bouffées de chaleur (non hormonal) c'est pour ça que je suis revenue vous voir et c'est tout. Ah, elle était pas contente quand je lui ai dit que j'ai arrêté. (Karine 58 ans, ménopause chirurgicale 46 ans).*

La remise en question du traitement hormonal amène de plus ces femmes à s'interroger sur la capacité des gynécologues à évaluer adéquatement les risques liés à la prise des traitements hormonaux, c'est à dire à « anticiper le futur » (Giddens, 1991) :

*Après (avoir arrêté mon traitement), je suis allée, comme je vais tous les 6 mois chez la gynéco, et je l'ai mis devant le fait accompli et elle a rien dit. Elle a pas... mais peut-être qu'elle savait pas trop que penser non plus. Il est fort possible qu'elle ne le savait pas. (Paule 53 ans, ménopause 49 ans)*

La prise de distance à l'égard du praticien et du THS se manifeste également au travers du recours aux thérapeutiques « naturelles » et notamment aux phytohormones, qui passe rarement par les gynécologues, comme nous l'ont confirmé ces derniers. Cela s'explique, entre autres, par le fait que ces praticiens ne sont guère favorables à ces produits qu'ils jugent pour la plupart inefficaces. Cette désapprobation incite sans doute les femmes souhaitant s'engager dans une démarche de traitement « plus naturelle » à rechercher ailleurs une légitimation de leur engagement. Paule, qui constate une réapparition des bouffées de chaleur à la suite de l'arrêt volontaire de son traitement, explique ainsi qu'elle n'a pas souhaité en parler à son gynécologue et a préféré mobiliser d'autres ressources : son réseau de femmes, son médecin généraliste, et sa pharmacienne, qui la décident à prendre un traitement à base de soja :

*J'avais peur. J'ai entendu parler de ...qu'on ne savait pas ce qui pouvait nous arriver, ça donnait le cancer du sein, tout ça...Moi, j'ai arrêté. [...] Et je sais pas, je me suis dit pourquoi ne pas laisser les choses se faire normalement. [...] Bon, ensuite, comme je voyais que quand même je me sentais pas trop bien avec la ménopause, j'arrivais pas à*

*faire face toute seule, euh... mon corps, et bien, moi, je souffrais quand même. Donc, j'ai parlé au pharmacien, j'ai parlé au pharmacien, alors à ce moment là... En plus, c'était très bien parce que je suis tombée sur une femme. C'était une femme. Une pharmacienne. Je lui en ai parlé. Alors, elle me dit bon, ben voilà, il y a ci, il y a ça et bon ben, à ce moment là, j'ai pris mon soja.*

*[...]*

*Et après je suis retournée prendre mon Phytosoya® et je suis tombée sur une autre pharmacienne qui m'a dit : ah ! ben oui ! moi aussi je le prends. Et elle me dit, ça me réussit. Et voilà. Et après, je peux plus m'en passer.*

*I : Et vous avez su comment le doser ?*

*P : Alors d'abord, j'ai suivi le conseil qu'on m'a donné. D'abord, il faut ...*

*I : C'est le médecin qui vous a dit ça ?*

*P : Non, non, non, non, là c'est en discutant à droite à gauche avec les copines. Le bouche à oreille. Le gynécologue aurait tendance à me donner le traitement hormonal, là oui.*

*[...]*

*I : Et votre gynécologue, vous lui avez dit que vous preniez du soja ? Qu'est-ce qu'elle vous en dit ?*

*P : Oh, ben, elle peut rien me dire. Non, elle approuve pas. Elle m'a dit si vous pouvez supporter, elle est pas du tout contre. (Paule 53 ans, ménopause 49 ans)*

Elle insiste dans cet extrait d'entretien sur le fait qu'elle a particulièrement apprécié l'interaction avec la pharmacienne, qui débouche sur un échange d'expériences réduisant la distance patient-professionnel. La prise de soja et notamment la recherche du dosage adéquat, implique également un apprentissage profane, qui se fait par la pratique mais aussi par l'échange d'expériences entre femmes, qu'elles soient profanes ou professionnelles.

## 5.2 LES ÉLÉMENTS INFLUANT SUR LES STRATÉGIES DE RECOURS AU THS

Différents éléments permettent d'expliquer les stratégies de recours (ou de non recours) au traitement hormonal. Il apparaît tout d'abord que les femmes qui n'ont pas suivi de THS ou l'ont interrompu sont plus nombreuses à témoigner de représentations négatives ou ambivalentes à l'égard de ces traitements. Le recours au THS doit également être compris dans le cadre plus général du rapport des femmes aux médicaments.

### 5.2.1 Les représentations de la ménopause

Les femmes qui adhèrent à la représentation de « la ménopause effacée » ou « contrôlée » témoignent de représentations plus positives à l'égard du THS. Elles se sont d'ailleurs toutes engagées dans une thérapie hormonale qu'elles suivent depuis plusieurs années (au moins cinq ans). Elles rapportent rarement des effets secondaires et n'ont été que deux sur treize à interrompre leur traitement, l'une à la suite de la publication des résultats de l'étude WHI et l'autre, lorsqu'elle constate des effets secondaires.

A l'inverse, les femmes qui envisagent la ménopause comme une évolution physiologique naturelle ou vivent cette période comme une fatalité sont moins nombreuses à s'être engagées dans une thérapie hormonale (respectivement 2/5 dans chaque groupe). Elles semblent aussi plus sensibles aux effets secondaires du traitement, qui entraînent une interruption rapide de celui-ci.

Le cas des femmes qui vivent la ménopause comme une transition libératrice semble un peu différent. Ces trois femmes se sont en effet engagées dans une thérapie hormonale qu'elles ont toutes interrompue pour diverses raisons, mais vis à vis de laquelle elles semblent ambivalentes, voire franchement méfiantes. Toutes les trois soulignent également le caractère naturel et nécessaire de la ménopause. Enfin, elles précisent qu'il existe d'autres stratégies pour gérer cette étape (traitements alternatifs, pratiques physiques et alimentaires).

### 5.2.2 Le rapport aux médicaments

La quasi totalité des répondantes déclare qu'il ne faut pas abuser des médicaments, reflétant la méfiance générale dont font l'objet ces substances dans le discours populaire (van der Geest et Reynolds Whyte, 2003). Mais, les femmes sont également nombreuses à considérer que ces substances « soulagent » et contribuent au bien être : « *C'est à utiliser avec parcimonie mais il faut bien avouer qu'ils permettent de mieux vivre* ». Celles qui témoignent de représentations positives à l'égard des traitements hormonaux et s'engagent ou se sont engagées pendant plusieurs années dans une hormonothérapie, sont toutefois plus nombreuses à témoigner d'attitudes plus positives à l'égard des médicaments. Elles

considèrent que ces substances ne sont pas nocives si l'on n'en abuse pas ou si l'on s'en tient à la prescription du médecin. Certaines se montrent même franchement enthousiastes à l'égard des médicaments : « moi, j'ai pas de problème avec ça, j'aime les médicaments ! ». Elles manifestent également beaucoup moins d'opinions négatives à l'égard des médicaments que celles qui n'ont pas suivi d'hormonothérapie.

A l'inverse, le refus de s'engager dans une hormonothérapie ou la plus grande sensibilité aux effets secondaires de ces traitements s'inscrit dans une tendance plus marquée de « scepticisme » à l'égard des médicaments, jugés chimiques et toxiques (van der Geest et Reynolds Whyte, 2003) :

*Les médicaments, ce n'est pas anodin. Et quand vous lisez comment est fait un médicament et les risques que vous courez (rires) c'est pas encourageant. (Sandrine 55 ans, péri-ménopause)*

*Ben, d'abord moi je suis déjà anti-chimie. Alors de tout temps, j'ai évité de prendre des médicaments. (Sylvie 56 ans, ménopause 50 ans)*

Plusieurs de ces femmes témoignent d'ailleurs de leur volonté de rester le plus possible à l'écart de la prise médicamenteuse jugée contraignante et nocive et préfèrent se soigner en recourant à des thérapeutiques plus « naturelles » comme l'homéopathie ou la phytothérapie, ou en apprenant à connaître et à apprivoiser la douleur :

*I : Pourquoi vous avez arrêté votre traitement hormonal ?*

*R : C'était contraignant et moi, j'aime pas les contraintes. C'est pour ça, ma fille m'engueule, elle me dit : mais prends tes médicaments ! Mais quand on me donne des médicaments, moi je fous tout à la poubelle, je les prends jamais ! [...] Parce que moi, je suis pas médicament. Je suis médicament mais naturel. [...] Parce que je vois des copines à moi, enfin des dames que je connais, plein de gélules, médicaments à gogo. Chez moi, vous pouvez y aller vous trouverez rarement des médicaments. (Rose 55 ans, ménopause chirurgicale 35 ans)*

*Bon, j'ai essayé aussi des anti-inflammatoires quand j'avais des douleurs et souvent ça faisait pas grand chose. Bon j'attends que ça passe. Il faut s'habituer un peu aussi à la douleur. Et puis apprendre à se détendre...[...] Parce qu'on entretient les douleurs. Ca les gens ne veulent pas l'admettre. Je pense que les gens aiment bien dire : j'ai mal ici, j'ai mal là. Souvent ça aide aussi de dire. Et on accentue nos douleurs. On peut les déplacer d'ailleurs nos douleurs. Et vous pouvez provoquer des douleurs à un endroit de*

*votre organisme, si vous y pensez. Quand vous êtes anxieuse, quand vous êtes contrariée, quand vous avez des gros, gros soucis, et ben vous pouvez vous donner une douleur. (Myriam 58 ans, ménopause 48 ans)*

Cet intérêt pour les thérapeutiques dites « naturelles » a souvent une valeur identitaire comme l'indiquent les expressions « *je suis naturelle* » « *je suis anti-chimie* » qu'utilisent les femmes, certaines faisant référence à des pratiques de soin qui sont dans la famille depuis plusieurs générations. Il témoigne également d'une adhésion à un modèle de la maladie plus endogène, c'est à dire centré sur l'individu et privilégiant une approche plus psychologisante ou plus globale de la santé (Laplantine, 1986). Enfin, l'attrait des thérapies alternatives semble également résider dans le fait que les praticiens (souvent également des médecins) sont plus à l'écoute et accordent plus de temps à leurs patientes :

*S : [les médecins] Je ne suis pas toujours leurs conseils. Disons, que j'avais un médecin homéopathe qui est parti et j'ai du mal à trouver un interlocuteur en qui j'aie confiance. Et euh...je fais beaucoup de tentatives successives. Bon là, de par la proximité, je vais voir un médecin, dont je suis pas forcément mécontente, mais c'est pas... l'idéal.*

*I : Qu'est-ce que ce serait l'idéal ?*

*S : L'idéal, c'est d'avoir un bon contact. De pouvoir avoir un peu de temps pour expliquer ... Pour moi la médecine, c'est justement d'avoir une vision globale. Pas forcément d'aller parce qu'on a mal à la tête, qu'on a des migraines, comme ça m'est arrivé dernièrement. Des migraines terribles. Et ben, j'ai pas envie de ressortir avec un anti-inflammatoire. J'ai envie qu'on comprenne à quoi sont dus mes maux de tête et c'est pas toujours le cas. (Sylvie 56 ans, ménopause 50 ans)*

*[...] je me fais soigner, enfin soigner c'est une façon de parler je sais pas si vous... Enfin, je me fais soigner par une magnétiseuse. Je suis très produits naturels, tout ce qui est plantes et je vois une magnétiseuse. Ça fait depuis 1987, ça fait quand même quelques années. On se connaît très bien. Elle connaît mes enfants depuis tout petits. Elle me dit vous êtes une personnes très équilibrée puisque je suis balance, ascendant balance bien sûr, mais vous avez eu des passages tellement durs qu'il faut à chaque fois vous remettre sur les ... en fait c'est ma psy. (Louise 56 ans, ménopause chirurgicale 49 ans)*

L'utilisation des traitements « naturels » (phytothérapie, homéopathie) n'implique pas qu'il y ait un rejet automatique de la biomédecine ou du système de soins. Plusieurs participantes (10), notamment parmi les femmes les plus scolarisées, déclarent en effet recourir à la fois aux médicaments allopathiques et aux médecines « douces », selon les problèmes rencontrés.

La phytothérapie ou l'homéopathie sont ainsi plus souvent employées à des fins préventives ou pour gérer des problèmes fonctionnels.

L'analyse des entretiens nous a toutefois confrontée à une situation assez paradoxale. Il s'agit de deux femmes qui se montrent plutôt méfiantes à l'égard des médicaments, se soignent le plus possible par homéopathie ou avec des produits naturels et se sont pourtant engagées dans une hormonothérapie. Pour ces femmes, les THS (comme la pilule contraceptive), ne constituent pas des médicaments mais des « instruments de libération des femmes ».

### 5.3 CONCLUSION

Notre analyse montre que les femmes qui témoignent d'une représentation positive du traitement hormonal lui associent de multiples fonctions. Le THS constitue tout d'abord un objet de soulagement des troubles de la ménopause et prévient les maladies associées à la vieillesse. Il permet aussi de réguler les humeurs, garantit le maintien de la performance et apporte aussi des bénéfices cosmétiques. Il facilite ainsi l'inscription des femmes dans la continuité, repoussant l'entrée dans la vieillesse. Pour certaines, le THS est plus que cela : il est perçu comme un instrument de libération et d'émancipation permettant d'échapper à la ménopause ou de mieux la vivre. Aucune de ces femmes ne semble inquiétée par la controverse entourant le traitement actuellement. Elles considèrent en effet que les risques présentés ne les concernent pas, et pour certaines, qu'ils sont familiers.

D'autres femmes témoignent de conceptions beaucoup plus ambivalentes des traitements hormonaux, considérant que ces médicaments présentent des bénéfices mais également des risques mis en évidence par l'étude WHI. Certaines d'entre elles ont arrêté leur traitement hormonal et semblent autant inquiétées par les risques associés au THS que par le retour des symptômes qu'elles attribuent à la ménopause. D'autres ont préféré poursuivre leur traitement et mettent l'accent sur les bénéfices qu'il procure. Les risques associés au THS sont donc jugés acceptables. D'autres encore, ont décidé de ne pas recourir au traitement hormonal qu'elles ne jugent pas favorablement, mais insistent sur les bénéfices que présente cette thérapie pour les femmes en général.

Les femmes qui témoignent de représentations négatives à l'égard des THS mettent l'accent sur deux dimensions de ces traitements : leurs effets secondaires et leur caractère chimique. Plusieurs n'ont pas souhaité recourir au traitement hormonal parce qu'elles refusent de médicaliser cette étape naturelle de la vie des femmes. La représentation négative des traitements hormonaux est également souvent associée à l'expérience d'effets secondaires pénibles tant avec les THS qu'avec les contraceptifs oraux. Ces expériences semblent rendre plus tangible la toxicité des traitements hormonaux. Pour certaines femmes, la remise en question du traitement est plus récente. La méfiance à l'égard du THS, désormais perçu comme un poison, intervient à la suite de la publication de l'étude WHI et rejait sur la figure du prescripteur.

La diffusion d'informations concernant les risques des THS semble avoir amené plusieurs des femmes à participer de manière plus active à la gestion de leur ménopause, conformément à la thèse soutenue par Giddens (1991) et Beck (2001). Cette réappropriation profane de l'expertise est notable dans le recours aux phytohormones dont la gestion semble largement échapper au contrôle médical. Elle est moins marquée chez les femmes adhérant à la représentation de la ménopause « effacée » ou « contrôlée », qui ont été nombreuses à réaffirmer leur confiance en leur gynécologue. La dépendance à l'égard des traitements hormonaux semble également limiter la portée réflexive du risque. Toutefois, même dans ces situations, où la médicalisation de la ménopause n'est pas remise en question, certaines femmes ont procédé à des révisions de leur pratique, en aménageant des fenêtres thérapeutiques ou en réduisant d'elles-mêmes le dosage prescrit.

Si les stratégies de recours -ou de non recours- au traitement hormonal de substitution semblent largement tributaires des représentations des femmes à l'égard de la ménopause et des traitements hormonaux, elles sont également à situer dans leur rapport aux médicaments en général. La plupart des femmes qui refusent l'hormonothérapie semblent en effet plus méfiantes à l'égard des médicaments, préférant souvent utiliser des traitements « alternatifs ».

L'expérience du traitement semble également constituer une dimension importante. Le rejet du THS est en effet souvent associé à une expérience mal vécue ou non concluante de ce traitement ou plus généralement des traitements hormonaux. A l'inverse, une expérience positive de l'hormonothérapie constitue un signe tangible de son efficacité et semble jouer un rôle important dans l'appréciation des risques qui lui sont associés.

Les représentations des femmes à l'égard de l'hormonothérapie sont également influencées par certains acteurs, notamment, les femmes de l'entourage social et professionnel, la famille et le médecin gynécologue, sur lesquels nous nous attarderons dans le chapitre suivant.

## CHAPITRE VI

### REPRÉSENTATIONS DE LA MÉNOPAUSE ET DE L'HORMONOTHÉRAPIE : INFLUENCES D'AUTRES ACTEURS

Si l'expérience de la ménopause ne peut être saisie qu'en rapport aux événements qui l'accompagnent, elle s'inscrit également au cœur de différentes interrelations. Le sens que les femmes attribuent à la ménopause ou au traitement hormonal de substitution se forme en effet au cours d'échanges interindividuels avec différents acteurs, notamment, les consœurs, la mère, le conjoint, les enfants, et le médecin gynécologue. Les informations diffusées dans les médias participent également de cette construction représentationnelle, comme l'a montré notre analyse des réactions des femmes à la diffusion des résultats des études WHI et MWS.

Ce chapitre passe en revue ces différents acteurs et tente de mettre en évidence leur rôle dans la construction représentationnelle de la ménopause et du traitement hormonal de substitution. Nous nous attarderons plus spécifiquement sur l'un d'entre eux, le médecin gynécologue, qui constitue une ressource privilégiée pour les femmes au moment de la ménopause. Nous tenterons de cerner les représentations de ces praticiens à l'égard de la ménopause et de l'hormonothérapie, dans un contexte postérieur à la publication de l'étude WHI.

#### 6.1 DIFFÉRENTS ACTEURS QUI INFLUENCENT LA CONSTRUCTION REPRÉSENTATIONNELLE

##### 6.1.1 L'entourage social et familial

Les participantes ont mentionné quatre acteurs au sein des sphères familiales et professionnelles, les consœurs, souvent elles-mêmes concernées par le processus de ménopause, la mère, le conjoint et les enfants. Nous les présenterons successivement.

### 6.1.1.1 Les consœurs

Plusieurs femmes ont déclaré avoir discuté de la ménopause avec leurs collègues de travail, leurs amies ou d'autres femmes de leur âge dans leur entourage. Ces interactions sont l'occasion de comparer les expériences de la ménopause, notamment l'âge de l'arrêt des règles, permettant aux femmes de se situer vis-à-vis d'une certaine norme (« j'ai été ménopausée jeune », « j'ai été ménopausée tard »). Les femmes comparent également la nature et la sévérité des manifestations somatiques qu'elles constatent :

*I : La ménopause, est-ce que vous en avez parlé avec vos collègues, vos amies ?*

*A : Euh, oui, on en parle...*

*I : Vous parlez de quoi ?*

*A : Des bouffées de chaleurs, vous êtes réglée, vous êtes pas réglée, ça oui, et euh, quand on va chez le gynéco, on en parle. (Anne, 53 ans, ménopause 50 ans)*

*I : Est-ce que vous parlez de ces symptômes à d'autres personnes à part votre médecin ?*

*S : Oui*

*I : A quelles personnes ?*

*S : A mes amies.*

*I : Est-ce qu'elles vivent la même chose ?*

*S : Oui, oui, oui. Les sueurs nocturnes, j'ai une de mes amies qui a les mêmes. Enfin qui est atteinte de ce mal... elle est comme moi. (Sandrine, 55 ans, périménopause)*

Ce partage, qui semble prendre plus d'importance pour la génération du baby-boom, celle-ci ayant « beaucoup réfléchi, partagé » sur le sujet, permet aux femmes de relativiser l'expérience de la ménopause, les consœurs intervenant à la fois comme référence et comme support :

*I : Est-ce que vous en parlez [de la ménopause] avec vos amies ?*

*G : Oui.*

*I : Vous avez l'impression qu'elles vivent les choses comme vous ?*

*G : Ah, oui, oui, finalement, je crois qu'il faut en parler. Déjà, on s'aperçoit qu'on n'est pas unique. C'est sûr. (Geneviève 56 ans, périménopause)*

La référence aux pairs peut également se faire au travers de l'observation. Une gynécologue rencontrée rapporte ainsi que certaines femmes semblent avoir été impressionnées par l'observation de la manifestation des bouffées de chaleur chez leurs collègues de travail :

*[Les femmes] ont le repère d'une collègue de travail qui a dix ans de plus et qui va dire : oh, la, la c'est affreux, ça y est j'ai la ménopause, j'ai des bouffées de chaleur et qui va par exemple en réunion, ouvrir la fenêtre en grand et alors très théâtrale dans leur manifestation et donc les femmes sont impressionnées par cette image de la ménopause. (Dr F)*

La comparaison entre femmes porte également sur les modalités de gestion de la ménopause, notamment pour celles qui ont une représentation négative de l'hormonothérapie. Pour les autres, ces échanges restent marginaux.<sup>72</sup> Elles semblent en effet considérer que le médecin constitue l'autorité légitime en matière de traitement hormonal : « *on est plus confiant dans ce que conseille le médecin que dans ce que conseille une amie* ». Elles précisent de plus que chaque femme est un cas particulier qui appelle une réponse personnalisée. Deux femmes rapportent toutefois avoir échangé des informations concernant le traitement hormonal et ses usages avec des consœurs :

*K : Alors, j'ai mon amie, qui habite juste en face, elle me disait qu'elle avait des problèmes avec la sécheresse vaginale. Je lui ai dit (chuchote) mais moi j'ai pris le traitement hormonal et j'ai pas eu la sécheresse vaginale. Tu devrais essayer.*

*I : Et qu'est-ce qu'elle a dit ?*

*K : Elle l'a demandé à son médecin. (Karine, 58 ans, ménopause chirurgicale, 46 ans)*

Nous avons par ailleurs été assez surprise de constater que les répondantes, même celles qui témoignaient d'une représentation négative du THS, ne semblaient guère avoir discuté de la controverse entourant le traitement avec leurs consœurs, considérant qu'elles n'avaient pas l'autorité pour le faire et qu'elles n'avaient pas à les inquiéter :

*I : Est-ce que vous leur avez dit à vos amies que vous aviez arrêté le traitement ?*

*K : Je lui ai dit à J., je lui ai dit.*

*I : Est-ce que vous lui conseillez d'arrêter ?*

<sup>72</sup> Les échanges sur les traitements hormonaux occupent par contre, une place très importante dans les forums que nous avons consultés sur Internet. Les femmes se communiquent le nom commercial des traitements qu'elles utilisent ou qu'elles ont essayés, détaillent leur prescription, insistant sur les dosages et les aménagements pratiqués. Elles comparent les bénéfices constatés, discutent des effets primaires et secondaires des THS et des réponses apportées par leur médecin à leurs questions. Ces femmes semblent ainsi témoigner d'une plus grande autonomie face à la prescription et d'un autre rapport à l'autorité médicale. Plusieurs sollicitent d'ailleurs l'avis des autres participantes en prévision d'une visite chez leur gynécologue, ce qui leur permet sans doute de mieux argumenter leur propos lors de la consultation. Le forum semble ainsi contribuer à accroître l'autonomie face au médecin. On y trouve également des informations concernant les traitements alternatifs, notamment les phytoestrogènes.

*K : Ah, mais c'est pas à moi de lui dire ça, d'arrêter, de continuer. C'est pas à moi (Karine 58 ans, ménopause chirurgicale, 46 ans)*

Les échanges de conseils semblent par contre plus fréquents concernant les traitements alternatifs et notamment les traitements à base de soja (trois des cinq femmes ayant pris ces traitements en avaient discuté avec leurs amies). Elles échangent alors des informations sur le type de produit utilisé et sur les dosages.

#### 6.1.1.2 La mère : une référence positive ou négative

Plusieurs femmes font référence à leur mère en précisant que l'expérience de la ménopause et le risque d'ostéoporose possèdent un caractère héréditaire (le questionnaire que pratiquent les gynécologues au moment de la ménopause met d'ailleurs l'accent sur cet aspect). Certaines, notamment parmi les « naturelles », rapportent que leur mère a eu une expérience plutôt positive de la ménopause, ce qui semble contribuer à rendre cet événement moins inquiétant :

*M : Ma mère, elle avait 49 ans aussi et puis ça s'est très bien passé.*

*I : Elle vous en a parlé ?*

*M : Ah, oui, oui, oui, ça n'a jamais été un sujet tabou. Pas devant mon père, parce que mon père avait horreur qu'on ait ce genre de discussions parce qu'il était très pudique. On évitait, hein. Mais, non, il n'y a pas eu de problème. (Myriam 58 ans, ménopause 48 ans)*

*I : Et votre mère, elle vous avait parlé de sa ménopause ?*

*S : Euh... oui au moment, on en a un peu parlé pour voir si on était à peu près... Mais elle, elle a jamais eu de bouffées de chaleur, elle m'a dit. Elle, elle n'a pas du tout été perturbée quand même. Oui, parce qu'on dit que quand même il peut y avoir un lien. Je pense que dans notre nature, on n'est pas trop, on est ménopausée assez tard, ce qui fait que ça perturbe peut-être moins. (Sonia 58 ans, ménopause 56 ans)*

D'autres femmes semblent, au contraire, avoir eu beaucoup de difficultés à obtenir des informations sur la ménopause et de manière générale sur le cycle féminin, auprès de leur mère. Elles expliquent que ces sujets étaient largement tabous dans leur famille :

*P : [...] moi je suis d'une génération, on ne m'a jamais parlé des règles, on ne m'a jamais parlé de la ménopause. Alors, là, quand je posais des questions, elle éludait. La seule*

*chose pour savoir, c'était les copines. Les amies c'est tout.*

*I : Et quand vous avez été ménopausée vous lui avez posé des questions ?*

*P : Non, j'ai pas eu envie de lui en parler. Si, je lui ai juste demandé. Je voulais quand même savoir à quel moment elle avait été ménopausée. Parce que comme souvent mère fille, il y a une suite, on est pareille, alors j'ai voulu savoir. Et apparemment, c'est pareil. C'est la même chose. Mais je vois, ce sont des questions qui sont difficiles à poser (Paule 53 ans, ménopause 49 ans).*

D'autres n'en ont pas parlé à leur mère mais déclarent avoir observé chez elle des manifestations souvent incompréhensibles qu'en rétrospective, elles ont attribuées à la ménopause. Cette expérience leur a laissé une image assez négative de la ménopause :

*I : Votre mère, est-ce qu'elle vous parlait de problèmes liés à la ménopause ?*

*C : Oui, à la ménopause, j'ai le souvenir, que quand elle commençait la ménopause,, d'abord parce que moi j'étais presque adolescente et que les relations mère fille sont terribles à ce moment là. Et qu'elle, elle était à la ménopause et elle avait un tas de malaises que je ne comprenais pas et elle, elle n'en parlait pas. Mais je le voyais, elle était énervée. Elle avait des crises d'urticaire terribles, elle devait avoir des bouffées de chaleur, sans doute. Bon, ce souvenir que j'en ai n'est pas très bon, j'avoue à ce moment là. (Camille 55 ans, ménopause 53 ans)*

Pour une autre femme, qui en a parlé avec sa mère, il est difficile de comparer l'expérience de la ménopause, le contexte étant différent du fait de l'existence des contraceptifs oraux :

*D'ailleurs ma mère m'avait dit, mais elle avait eu six enfants, donc je suppose que ça donne pas le même résultat. Et bien elle, elle a eu une ménopause à 55 ans, du jour au lendemain, sans gêne. (Martine 55 ans, ménopause 53 ans).*

### 6.1.1.3 Le conjoint et les enfants

La plupart des femmes déclarent avoir parlé de la ménopause et de leur traitement avec leur conjoint. Pour la majorité d'entre elles, celui-ci est présenté comme un témoin indifférent, qui écoute mais ne donne pas d'avis : « *je lui dis : oh, ben j'ai ça et je prends ça... mais il s'en fiche complètement...* », « *Alors, la ménopause, oui, il a bien vu quand j'étais pas bien. Mais le traitement, non, ça l'intéresse pas trop* ».

Trois femmes qui rapportent des troubles pénibles déclarent que leur conjoint s'est montré particulièrement compréhensif, à l'écoute des problèmes qu'elles vivaient, acceptant leur baisse de libido associée et l'espacement des rapports sexuels. Ces conjoints se sont également montrés rassurants concernant les transformations corporelles vécues (prise de poids, rides), dont elles appréhendaient les conséquences sur la relation de couple :

*[mon conjoint] il comprend. Parce qu'il est veuf et il me l'a dit. Je connais ça. Sa femme elle avait ça aussi. Parce que on s'est rencontré et ça a commencé presque tout de suite, alors j'étais embêtée, mais il comprend. Ah non, ça, j'ai vraiment un bonhomme, il est formidable. (Louise 56 ans, ménopause 59 ans)*

Pour trois autres femmes, le conjoint semble au contraire avoir rendu plus saillantes les transformations de la ménopause, en soulignant la prise de poids, le vieillissement corporel, en leur offrant un soin anti-rides ou un livre sur la ménopause, ou à l'extrême, comme le souligne l'une d'elles, en la quittant pour une partenaire plus jeune alors qu'elle commençait sa ménopause :

*I : Et votre conjoint, est-ce que vous en avez parlé du traitement hormonal avec lui ?  
M : J'en ai parlé au moment, de quand je suis allée voir cette gynéco qui m'a fait arrêter la pilule, je lui avais raconté. Puis quand j'ai arrêté que je transpirais la nuit, c'est là qu'il m'a acheté le livre... il devait trouver, peut-être que (rires) j'en avais besoin ! Il sait que je prends ce traitement. Mais c'est plus moi qui lui en parle en fait. Lui il me parle plus de la ligne... que de la ménopause.  
I : Qu'est-ce qu'il vous dit ?  
M : Il me fait des commentaires mais sans plus. Il n'aime pas les femmes qui grossissent. (Martine 55 ans, ménopause 53 ans)*

Certains conjoints semblent également se plaindre de l'espacement des rapports sexuels, comme l'ont souligné plusieurs gynécologues, qui rapportent que lorsque les femmes abordent la baisse de libido, elles mentionnent leurs préoccupations face au partenaire.

Deux femmes suggèrent par ailleurs que le conjoint, mais aussi le reste de la famille peuvent, pâtir des conséquences de la ménopause et notamment des sautes d'humeur et des états dépressifs. Ces acteurs semblent d'ailleurs en partie destinataires de la prise du THS : « j'ai ma mère, il faut que je gère », « Mon mari m'a dit de faire [concernant le THS] ce que je

*sentais le mieux pour moi, pour nous* ». Ils peuvent aussi influencer de manière plus directe sur la prise du THS, comme le souligne une femme à propos d'une de ses amies :

*[...] elle avait été soulagée avec son traitement que lui ont fortement recommandé son mari et sa fille parce qu'ils subissaient ses sautes d'humeur ! Et ça lui a fait du bien. A tous ! (Alice, 53 ans, ménopause 48 ans)*

Les enfants, surtout les garçons, sont par contre rarement des interlocuteurs avec lesquels les femmes discutent de la ménopause, les troubles qui l'accompagnent n'étant pas de leur ressort ou de leur âge :

*I : Et à vos enfants, est-ce que vous en parlez (de la ménopause) ?*

*M : Non, mon fils c'est vrai qu'il a que 20 ans. Ma fille, c'est vrai mais j'ai jamais abordé le sujet. Mais je pense que bon à 24 ans c'est pas non plus son souci.*

*I : Et quand vous aviez des bouffées de chaleur, vous leur en parliez ?*

*M : Non, parce que c'est vrai que non. Non, non, même pas à ma fille. Et je crois que ça s'est passé comme ça. Parce qu'on aborde tous les sujets. Mais je crois que si je l'ai abordé, c'est vraiment, ça a été très, très léger. (Myriam 58 ans, ménopause 48 ans)*

Quelques femmes, qui vivent une ménopause difficile, en ont toutefois discuté avec leur fille, évoquant avec elle certains des troubles dont elles faisaient l'expérience et les modalités de traitements, notamment, le recours à l'hormonothérapie. Deux gynécologues ont également précisé que des femmes, qui n'avaient pas consulté de gynécologue, entreprenaient ce type de démarche médicale à la ménopause, sous l'influence de leur fille.

Les discussions avec les enfants semblent par contre plus courantes lorsque ceux-ci occupent des professions en rapport avec la santé. Elles semblent également avoir été plus nombreuses dans le contexte de la controverse entourant les THS. Ainsi, quatre femmes rapportent que des membres de leur famille (enfants, conjoint, mère) les ont incité à interroger leur gynécologue, ou dans certains cas, à interrompre leur traitement. Les avis défavorables que porte l'entourage sur l'engagement dans le traitement semblent contribuer à sa perte de légitimité :

*[...] l'autre jour, j'ai mon neveu, il vient assez souvent me voir, il en avait entendu parler à la radio et il me dit : j'espère que t'as pas pris d'hormones parce que c'est super*

*mauvais, maintenant, les femmes qui en ont pris elles ont des cancers ! Et paf ! Alors, j'ai dit : non, j'en prends pas. Mais j'ai pas osé lui dire que j'en avais pris pour pas qu'il s'inquiète (Pauline 58 ans, ménopause 52 ans)*

Cette participation des membres de l'entourage semble avoir été favorisée par la large médiatisation des études WHI et MWS, qui a permis à ces acteurs de s'immiscer dans la décision des femmes de poursuivre (mais aussi de débiter) un THS, amplifiant la perception des risques qui lui sont associés, comme l'ont également souligné Morton et Duck (2001) à propos d'autres pratiques thérapeutiques.

Plusieurs femmes témoignent aussi de l'implication de certains membres de leur famille concernant d'autres pratiques de soin ou de santé, comme l'utilisation d'une crème anti-rides, le choix de la coupe ou de la couleur de cheveux, la sélection des vêtements, l'engagement dans une pratique physique, le contrôle de l'alimentation :

*C : Alors moi j'ai commencé à avoir des cheveux blancs très tôt, j'avais 30 ans. J'ai voulu les cacher. (rires) On m' a dit, quand je dis on, mes enfants, mais, mon Dieu qu'est-ce que tu as fait tu es toute rouge. Et puis ensuite, qu'est-ce que tu as fait tu es toute noire. Et puis finalement, je, bon, j'étais pas blanche tout d'un coup mais sensiblement, et puis finalement, voilà où j'en suis. Toute blanche maintenant. Alors tout le monde me dit, alors maintenant, qu'est-ce que tu vas faire, tu ne vas pas les changer ? hein ? Tu ne serais plus la même. Voilà.*

*I : Mais vous, vous auriez préféré continuer les colorations ?*

*C : Ah, oui. Et d'ailleurs, j'ai toujours dit : bon je veux bien [...] Mais j'ai toujours dit que lorsqu'ils seraient tout blancs, je me ferais blonde platine à la Marilyn Monroe. (rires) Ca c'est vrai ! Parce que bon, comme le dit la coiffeuse, ça vous va si bien. Vous auriez un genre que vous n'avez pas si vous aviez les cheveux teintés. Bon, ça adoucit, c'est vrai le blanc. Mais c'est vrai que passé un certain âge, ça vieillit malgré tout. A 65 ans, là si j'ai tous mes cheveux blancs, là, c'est sûr, je ne sais pas si je vous reverrai, mais c'est sûr et platine, hein ! (rires) (Camille 55 ans, ménopause 53 ans)*

### 6.1.2 Les médias

Quelques unes (6) des femmes rencontrées ont déclaré avoir lu des informations sur la ménopause dans la presse magazine ou dans des ouvrages spécialisés, avant la publication de l'étude WHI. Trois d'entre elles ont déclaré trouver dans la presse magazine des conseils

intéressants sur les modalités de gestion de la ménopause. Si l'une estimait que ces informations répétaient essentiellement ce qu'elle savait déjà (« *j'ai rien trouvé de bien nouveau* »), deux autres, très scolarisées, ont souligné que les articles portant sur la ménopause leur avaient permis de mieux saisir et d'anticiper les caractéristiques de cet événement : « *C'est peut-être pour cela que ça s'est bien passé, quand on connaît bien* ».

Toutes les femmes (sauf trois) ont par contre évoqué les médias au moment de la controverse entourant la publication des études WHI et MWS. Plusieurs ont insisté sur l'ampleur de la couverture médiatique, interprétée comme le signe d'un événement marquant (« *ils en ont même parlé à la télé !* »), se montrant particulièrement attentives aux répercussions sur le traitement hormonal : « *Chaque fois que je voyais un article, je le lisais* ». L'inquiétude qu'ont soulevé ces articles s'est toutefois révélée très variable, comme nous l'avons souligné dans le chapitre précédent, certaines femmes semblaient très inquiètes, d'autres beaucoup moins :

*[...] on est abonné à Sciences et Avenir, et chaque fois, l'information concordait en disant que les produits français n'étaient pas du tout les mêmes et qu'on avait pas encore fait en France de corrélation entre traitement substitutif et risque de cancer du sein ou de l'utérus. (Delphine 54 ans, ménopause 46 ans)*

### 6.1.3 Le médecin gynécologue

Toutes les femmes rencontrées, à l'exception de deux d'entre elles, étaient suivies régulièrement par un gynécologue (au moins une visite annuelle). La grande majorité des femmes avait une longue habitude de la fréquentation du gynécologue, une pratique qui, selon elles, les différencie de leur mère (« *elle [ma mère] n'est jamais aller voir une gynécologue. Moi j'y vais tous les 6 mois depuis 30 ans* »). Les femmes sont nombreuses à insister sur la relation de confiance établie avec le praticien, qui est souvent une femme (« *ma gynéco* ») et les connaît bien puisqu'elles sont suivies depuis de nombreuses années, souvent depuis la première grossesse. Les femmes les plus scolarisées sont plus nombreuses à insister sur la qualité de la relation avec ce praticien, la confiance s'appuie aussi sur une proximité

d'âge,<sup>73</sup> comme l'ont d'ailleurs confirmé les gynécologues rencontrées qui ont le sentiment d'avoir vieilli avec leurs patientes.

Pour la grande majorité des participantes, le médecin gynécologue semble constituer une des principales sources d'information sur la ménopause (« *si j'ai des questions, je vois avec le gynécologue* », « *lui, il sait* ») et surtout la ressource à mobiliser à cette période. Il est présenté sous la figure de l'expert, du « *spécialiste* » « *qui assure un bon suivi* », sait se montrer attentif, et prescrit un traitement « *personnalisé* ». Seules deux femmes n'avaient pas consulté de gynécologue au moment de la ménopause, une n'avait vu aucun médecin :

*[à la ménopause] J'ai même pas consulté finalement...ben non, comme tout se passait bien, j'ai pas ressenti le besoin d'aller voir... mais je vais rarement chez le médecin. [...] J'avoue que je suis négligente. Même une mammographie, ça doit faire au moins 4 ans que j'en ai pas fait. Mais là, j'avoue que je suis négligente. Prendre rendez-vous. C'est pas compliqué de décrocher le téléphone, mais là c'est moi qui suis pas raisonnable. (Myriam 58 ans, ménopause 48 ans)*

La plupart des femmes ont consulté leur gynécologue parce qu'elles observaient des irrégularités de leurs menstruations ou qu'elles faisaient l'expérience de différentes manifestations, comme les bouffées de chaleur, les troubles du cycle (règles plus abondantes et plus douloureuses), les infections gynécologiques, la fatigue, etc. D'autres ont profité de leur visite annuelle ou biannuelle pour interroger leur médecin sur les transformations qu'elles constataient. Plusieurs des gynécologues rencontrées ont signalé que le questionnement concernant la ménopause débutait, dans certains cas, bien avant la ménopause, certaines femmes semblaient, dès la quarantaine, sensibilisées aux troubles qui lui sont associés :

*[la ménopause], elles en parlent avant. Ça en devient presque aberrant, depuis quelques années, des 45 ans dès qu'il y a le moindre petite anicroche, dès qu'il y a le moindre petit trouble des règles, dès 40 ans, elles me disent : écoutez docteur, ça doit être ma ménopause qui se prépare. (Dr. I)*

<sup>73</sup>Conséquence de la démographie médicale et de la disparition de la gynécologie médicale dans les années 1990, les gynécologues médicaux ont vieilli avec leurs patientes. En 2002, l'âge moyen était de 50.6 ans et 85% des gynécologues médicaux avaient 45 ans et plus (Sicart, 2002).

*Avant même de constater des troubles des règles, les femmes se renseignent. De plus en plus, les femmes anticipent sur les changements et vont demander qu'est-ce qui va m'arriver à la ménopause, qu'est-ce qui va se passer. Ces demandes se font progressivement. Dès la fin de la trentaine, le début de la quarantaine, on a ce type d'interrogations sur la ménopause. (Dr A)*

Dans tous les cas, le contact avec le médecin, son diagnostic (« elle [la gynécologue] a jugé que j'ai commencé ma pré-ménopause »), et les informations auxquelles les femmes sont exposées dans son cabinet, permettent de confirmer le statut de ménopause et de valider que les transformations ressenties lui sont associées :

*Je suis allée voir ma gynéco et je lui ai dit bon voilà, j'ai ça et ça, et on a fait les examens et elle m'a dit vous êtes tout à fait en pré-ménopause ou ménopausé et je sais pas, et elle m'a dit, on va attendre un petit peu et si ça continue, et si ça continue vous prenez ça et je l'ai pris et puis ça y est. (Michèle, 57 ans, ménopause 46 ans)*

*[Après mon hystérectomie], les inconvénients de la ménopause sont très vite apparus au bout de quelques semaines... Un jour je suis allée chez le gynéco, J'ai vu une liste affichée dans la salle d'attente, je les avaient tous ! L'horreur ! (Géraldine 56 ans, hystérectomie, 44 ans)*

Pour certaines femmes qui prenaient un traitement contraceptif ou progestatif, c'est le médecin (« cette gynéco qui m'a fait arrêter la pilule ») qui révèle ou provoque la ménopause, en recommandant l'arrêt du contraceptif ou son remplacement par un traitement hormonal de substitution. Plusieurs femmes font également référence au dosage hormonal prescrit par le médecin, qui confirme le statut de ménopause :

*Je prenais la pilule jusqu'à assez tard et puis un beau jour, le médecin, c'était une femme que je n'appréciais pas particulièrement. [...] Et elle me dit, vous prenez la pilule ? il faudrait arrêter ça. J'ai décidé d'arrêter et au bout d'un mois je n'avais plus de règles. (Martine, 55 ans, ménopause 53 ans)*

*A : J'ai pris un progestatif pendant 7 ans et puis j'ai arrêté à peu près 6 mois avant la ménopause.*

*I : C'est la gynécologue qui vous a conseillé d'arrêter ?*

*A : Oui, pour faire un bilan hormonal, mais j'étais pas ménopausée, mais très vite, j'avais des saignements un peu irréguliers et en fait la ménopause arrivait. (Alice, 53 ans, ménopause 48 ans)*

Pour une femme, l'arrêt du contraceptif recommandé par le médecin, est intervenu, selon elle, trop tôt, bouleversant la perception d'un équilibre hormonal et provoquant des saignements importants et des problèmes thromboemboliques :

*Et là, mon gynécologue, à 50 ans, m'a fait arrêter la pilule pour voir si les hormones... mais il y avait une contradiction dans le résultat, alors il a accusé le laboratoire. Alors, ça aussi, j'ai aimé. Et il m'a dit mais vous êtes allée au laboratoire X et ils sont pas spécialisés et l'autre qui disait que non. Alors finalement, la ménopause, c'était pas le laboratoire qui s'était trompé, il y avait bien une anomalie, enfin une anomalie, une analyse qui disait que j'étais pas ménopausée, et la preuve et si j'ai fait une phlébite.... (Geneviève 56 ans, périménopause)*

La passation d'examens prescrits par les gynécologues<sup>74</sup> et obéissant à des critères biomédicaux, est également l'occasion pour les femmes de situer leur ménopause par rapport à des « normes » statistiques, notamment en ce qui concerne l'intensité des troubles, leur durée ou l'âge de survenue de la ménopause :

*[...] quand je suis allée faire la densité osseuse, qu'est-ce que c'est qu'il (le médecin) m'a dit ? Il m'a dit : statistiquement hors normes parce que j'étais ménopausée tard. Parce que moi j'avais, il y a 3 ans, donc j'avais 55 ans. Et j'étais pas encore ménopausée. Donc j'étais statistiquement anormale. (Sonia 58 ans, ménopause 56 ans)*

Pour la plupart des femmes rencontrées (20/26), la ou les consultations autour de la ménopause se soldent par la prescription d'une hormonothérapie. Le médecin gynécologue semble d'ailleurs envisagé par plus de la moitié des femmes, comme celui qui permet d'accéder au THS qui permet de contrôler ou d'effacer la ménopause :

*P : Oui, tout de suite, j'ai été voir mon médecin il y a pas eu de ... et tout de suite je l'ai eu (le traitement substitutif) et je dois avouer que ça m'a aidé. [...]*

*I : Comment ça s'est passé ?*

*P : Alors, je lui donnais mes symptômes, bouffées de chaleur, le sommeil, il y a une histoire de sommeil aussi, on a le sommeil qui est coupé alors qu'avant on dormait très bien. Euh...les règles qui sont pas...vous les avez telle période et tout d'un coup vous en avez plus. Et la fatigue aussi. On est très, très fatigué. Et la poitrine, c'est pire que quand on est enceinte, ça fait mal. Tout un tas de petits trucs comme ça. [...] et quand on*

<sup>74</sup> Dans le cadre du suivi gynécologique, les gynécologues prescrivent ou réalisent plusieurs examens notamment, les frottis (PAP test), le bilan sanguin, les mammographies, la densitométrie osseuse.

*explique tout ça, à ce moment là, on m'a proposé un traitement hormonal. Et ça a marché. (Paule 53 ans, ménopause 49 ans)*

*Je me sentais vraiment mal. Et puis j'ai décidé, je suis allée voir la gynéco, elle m'a donné des médicaments, des trucs que j'utilisais et ça me soulageait. (Karine, 58 ans, ménopause chirurgicale 49 ans)*

Une minorité de femmes rapporte que le médecin a préféré attendre une période d'un an pour que la ménopause soit installée avant d'initier une hormonothérapie :

*Il [le gynécologue] m'avait expliqué c'est que quand il y a encore des phénomènes de règles etcetera, ça veut dire qu'il y a encore des hormones, et il faut attendre que les hormones, que ce soit complètement arrêté pour pouvoir ...autrement ça fait des perturbations sur le cycle hormonal et lui m'avait expliqué qu'il ne fallait pas commencer avant. (Sonia 58 ans, ménopause 56 ans)*

Certaines, notamment parmi les « naturelles », ont refusé le traitement hormonal (« Elle [la gynécologue] m'en a parlé du un traitement hormonal mais j'étais pas très favorable et elle m'a laissée libre ») mais ont néanmoins considéré nécessaire de valider le statut de ménopause par une visite chez leur gynécologue.

Si la plupart des femmes rencontrées sont satisfaites de leur gynécologue, celles qui suivaient un THS au moment de l'entretien, c'est-à-dire dans l'après WHI, sont un peu plus nombreuses que celles qui l'ont interrompu ou qui n'y ont pas eu recours, à insister sur la qualité de la relation (8/11 versus 7/15). La bonne relation avec le médecin gynécologue semble en effet plus marquée chez les femmes qui se montrent moins sensibles aux risques que présentent ces traitements. A l'inverse, les femmes qui n'ont pas suivi de traitement ou l'ont interrompu, comme celles qui se montrent plus ambivalentes à l'égard de cette thérapeutique, sont plus nombreuses à déclarer se sentir plus proches de leur médecin généraliste ou à témoigner d'une relation moins satisfaisante avec le gynécologue. Elles reprochent notamment à ce dernier de se permettre de porter des jugements moraux, de ne pas prendre le temps de les écouter, et notamment, d'être peu réceptif aux effets secondaires qu'elles associent au THS :

*C'est à ce moment là que j'ai commencé à prendre du poids et puis je me sentais pas bien du tout. J'ai changé quatre fois de gynécologue. J'arrivais pas à trouver quelqu'un qui m'écoute pourtant je pense que je savais ce que je sentais et j'étais bien capable de bien le dire. (Louise 56 ans, ménopause chirurgicale 49 ans)*

Le médecin gynécologue semble ainsi constituer un acteur très important au moment de la ménopause. Il valide le statut de ménopause, constitue la source d'information privilégiée sur cet événement et participe activement de la décision d'initier une hormonothérapie, mais aussi de la poursuivre. Il semble donc intéressant de se pencher sur les représentations de ces praticiens à l'égard de la ménopause et de l'hormonothérapie.

## 6.2 GYNÉCOLOGUES, MÉNOPAUSE ET HORMONOTHÉRAPIE

La construction sociale de la ménopause par la profession médicale a fait l'objet de nombreuses études, que nous avons présentées pour les principales, dans le chapitre I. Celles-ci décrivent un modèle centré sur la carence œstrogénique et articulé autour de trois dimensions : le corps à risque, les troubles psychologiques et la fin de la féminité, de la sexualité et de la jeunesse. Le contexte français de prise en charge de la ménopause est spécifique du fait du rôle important joué par la gynécologie médicale, une profession presque exclusivement féminine, qui s'est largement mobilisée pour favoriser l'accès des femmes à la contraception. Ce chapitre s'intéresse aux représentations de gynécologues françaises à l'égard de la ménopause mais aussi du traitement hormonal, domaines encore peu documentés. Nous avons notamment tenté de voir dans quelle mesure les trois dimensions du modèle biomédical de la ménopause se retrouvaient dans le discours des praticiens. Nous avons également cherché à comprendre comment ces médecins avaient interprété les « nouvelles » informations concernant les effets secondaires du THS, et en quoi celles-ci avaient entraîné des modifications au niveau de leur pratique. La controverse entourant la publication des études WHI et MWS fournit en effet l'occasion de mieux cerner le rôle que joue le traitement hormonal au sein de la relation médecin-patient. Elle constitue également une opportunité d'interroger les thèses de Beck (2001) et de Giddens (1991) sur le caractère réflexif de l'institution médicale.

### 6.2.1 Représentations de gynécologues à l'égard de la ménopause

Pour toutes les gynécologues rencontrées, la baisse du niveau d'œstrogènes et de progestérone est au cœur de la ménopause. Elles considèrent d'ailleurs que le dosage hormonal, prescrit de manière très systématique, constitue le meilleur indicateur du statut de ménopause. Ces gynécologues décrivent l'arrêt de la production ovarienne comme une évolution physiologique normale mais soulignent qu'il entraîne un risque d'inconforts plus ou moins importants à court terme et d'ostéoporose à long terme. Cette notion de « corps à risque » est centrale dans leur discours. Ces praticiennes insistent très largement sur les conséquences de l'arrêt de la production hormonale sur la santé physiologique et psychologique, témoignant pour la plupart, de représentations de la ménopause plutôt négatives. Toutes considèrent toutefois que l'expérience de la ménopause est plurielle et rejettent l'idée selon laquelle toutes les femmes traverseraient une période difficile à cette étape. Deux gynécologues expriment même une prise de distance marquée vis à vis des représentations négatives diffusées par l'industrie pharmaceutique qui brossait un tableau très sombre de la ménopause dans les années 1980 :

*I : Quelles sont selon vous les conséquences de la ménopause pour les femmes ?*

*Dr G. : De rien à une catastrophe, suivant les patientes. Y a pas de conséquence emblématique, non. Là seule conséquence constante, c'est la sécheresse vaginale. En dehors de ça, ni au point de vue corporel, ni au point de vue psychologique il n'y a un état de ménopause. [...] Moi, j'avais trouvé un peu choquant, bon, ça c'était calmé un peu après, mais la présentation du tableau de la femme ménopausée au moment de la sortie de tas de traitements substitutifs ; ils présentaient aux femmes, un tableau de la femme ménopausée, qui était du, qui était du Goya. C'était effroyable, les femmes allaient être dégradées, allaient vieillir, allaient être moches, ridées, cassées. On nous a présenté ça alors qu'on avait tous et toutes dans notre entourage professionnel et familial des femmes qui ont vécu ce passage là sans que ce soit un drame.*

Les représentations de la ménopause des gynécologues se construisent autour de leur pratique médicale. Ainsi, lorsqu'on les interroge sur les conséquences de la ménopause pour les femmes, elles font systématiquement référence aux patientes rencontrées en consultation, qui n'expriment pas toutes un vécu difficile à cette étape. La plupart des praticiennes rencontrées (6/8) étaient ménopausées. Seules deux d'entre elles ont fait référence à leur propre

expérience expliquant que celle-ci avait aiguisé leur compréhension de ce phénomène, améliorant leur capacité à aider les femmes :

*Même si je crois que je m'occupais quand même bien des ménopauses il y a dix ans et j'étais pas ménopausée. Mais maintenant je le suis, et je veux dire que je perçois encore mieux des choses et je pense que je peux mieux aider les femmes aussi. (Dr. F)*

Deux autres gynécologues semblaient au contraire plus réticentes à évoquer leur expérience personnelle pendant l'entrevue, peut-être parce que le contexte d'interaction (les entrevues ayant été réalisées au cabinet de consultation) les contraignait à se présenter sous la figure de l'expert. Ces praticiennes ont également souligné que les références à leur propre expérience de la ménopause n'avaient pas vraiment leur place pendant les consultations. Elles semblaient toutefois plus ouvertes à évoquer leur choix de traitement :

*I : Est-ce que les femmes vous interrogent sur votre expérience personnelle ?*

*Dr G. : Oui, mais mon expérience personnelle, dans n'importe quel domaine que ce soit, l'expérience individuelle d'un médecin ne doit pas rentrer en ligne de compte. [...] on n'a pas, dans le lien thérapeutique, on n'a pas je crois à mettre en avant, les comportementalistes peuvent le faire, mais les gynécologues je crois qu'on n'a pas à parler de notre éventuelle infertilité, de notre éventuel cancer du sein, de notre ménopause, etcetera. C'est pas le lieu. C'est du domaine de l'intime pour nous, comme pour elles. Mais on peut dire une chose aussi simple que je me soigne comme je vous soigne.*

*I : Est-ce qu'il y a des femmes qui vous interrogent sur votre expérience personnelle?*

*Dr C : Oui, ça intervient. Quelques unes sont curieuses de savoir si je prends un THS surtout après toutes ces histoires avec les médias. [...] Elles estiment que si moi je prends le traitement, c'est que j'ai moins peur du cancer qu'elles. Mais euh (rires), c'est un peu facile.*

#### 6.2.1.1 Un risque de pathologies à court et long termes

- Une période marquée par les troubles du climatère

Les praticiennes insistent largement sur les troubles du climatère qui selon elles, altèrent la qualité de vie et le bien-être des femmes. Toutefois, à court terme, l'atrophie et la sécheresse

vaginales sont les seules modifications que toutes les gynécologues jugent systématiques. Celles-ci semblent très évidentes à l'examen gynécologique : « *Au niveau du col, ça se voit tout de suite. Un col et un vagin non traités, on le voit, les muqueuses sont atrophiées. Ah, ça c'est très net* ».

Toutes les répondantes mentionnent également les troubles vasomoteurs (bouffées de chaleur et sueurs nocturnes). La plupart d'entre elles (6/8) considèrent que beaucoup de femmes seront gênées par les bouffées de chaleur qui dans certains cas, peuvent être très « *invalidantes* » :

*Les bouffées de chaleur, la majorité des femmes en parlent, bouffées de chaleur le jour, les sueurs nocturnes, les troubles vasomoteurs, c'est très important. (Dr.A)*

*Alors, les symptômes les plus difficiles à supporter, ce qu'on retrouve, c'est vraiment les bouffées de chaleur. (Dr. C)*

Certaines praticiennes mentionnent également d'autres « *symptômes* » comme les douleurs variées et diffuses (4/8), la fatigue, décrite comme la « *perte de l'élan vital* » (2/8), les migraines (2/8), et l'incontinence urinaire (2/8).

#### - Le consensus autour du risque d'ostéoporose

Les médecins rencontrés estiment que la ménopause entraîne un risque d'ostéoporose mais précisent que toutes les femmes ne seront pas obligatoirement déminéralisées. Ils prennent toutefois ce risque très au sérieux, jugeant nécessaire de pratiquer des évaluations régulières de la densité osseuse afin de vérifier que les femmes ne franchissent pas « *le seuil à risque* », ne sont pas « *dans le rouge* ». « L'existence scientifique » du risque semble démontrée lors du dépassement de ces « *taux limites* » (Beck, 2001).

Cette définition « scientifique » du risque d'ostéoporose semble un peu décalée vis à vis de celle des femmes. Les médecins identifient deux types de comportements par rapport à l'ostéoporose. Certaines patientes leur semblent peu préoccupées par ce problème et mettent essentiellement (voire uniquement) l'accent sur les troubles du climatère dont elles font

l'expérience immédiate. La sensibilisation au risque d'ostéoporose nécessite alors, selon les gynécologues, de s'engager dans « *un vrai travail d'explication* ». D'autres femmes auraient à l'égard de l'ostéoporose une peur exagérée que les médecins s'efforcent alors de relativiser :

*Donc, en tant que médecin, on est obligé de reprendre, de remettre l'accent sur ce qui est important, les problèmes osseux, les problèmes, beaucoup de facteurs comme ça, qui pour elles, elles ne se rendent pas toujours compte ou alors, elles maximalisent. Dès qu'elles ont un retard de règles, il faut absolument savoir où elles en sont sur le plan osseux, et c'est primordial. Mais vous voyez, c'est mélangé. Bon, le problème osseux est primordial mais on essaie de leur expliquer que c'est pas tout de suite que ça risque d'être grave. L'information passe pas toujours très bien. (Dr I)*

#### 6.2.1.2 Troubles dépressifs et transition biographique

La majorité des praticiennes considère que la ménopause peut s'accompagner de troubles de l'humeur et d'états dépressifs (6/8). Plusieurs médecins précisent toutefois que ces états dépressifs n'ont pas seulement une origine hormonale mais renvoient également à des difficultés antérieures à la ménopause, et plus généralement, à une inscription difficile dans le processus de vieillissement :

*[...] il y en a qui la passe très bien (la ménopause) mais souvent je constate que celles qui la passent pas bien avaient des problèmes antérieurs qui étaient pas du tout d'un ordre hormonal mais qui étaient de l'ordre se prendre en charge en tant que femme, s'assumer en tant que femme et puis assumer les différentes étapes de la vie avec leurs bons côté. (Dr. F)*

Pour plusieurs gynécologues (4), la ménopause constitue en effet une crise du milieu de la vie, entraînant chez certaines femmes une prise de conscience plus aiguë du vieillissement. Le « *mal-être* » dont témoignent leurs patientes résulterait de leur difficulté à prendre de la distance vis à vis de certains modèles qui associent la ménopause à la fin de la séduction et à l'entrée dans la vieillesse. Les praticiennes témoignent de la difficulté de certaines femmes à « *se projeter dans l'avenir* » et à réinvestir dans de nouveaux rôles à la cinquantaine :

*Dr. H : [la ménopause], bien sûr qu'il y a une modification, déjà une modification hormonale, souvent de l'humeur, des bouffées de chaleur, presque toujours des problèmes au niveau des rapports parce qu'il y a une sécheresse vaginale et puis ce qu'on peut peut-être appeler la crise du milieu de la vie parce qu'il y a prise de conscience d'une certaine irréversibilité des choses, je dirais.*

*I : Par rapport au vieillissement ou par rapport à la fécondité. ?*

*Dr H : oh, je pense c'est surtout la perte par rapport au vieillissement. C'est la prise de conscience du vieillissement.*

*Elles expriment des préoccupations qui ont à voir avec le vieillissement. La plupart du temps c'est ça. Bien au delà de l'arrêt de leur fécondité, c'est une histoire d'être confrontée par cette échéance au vieillissement, à la perte de séduction pour certaines, à la transformation corporelle, alors qu'elle a commencé avant mais là tout d'un coup, brutalement, elles sont confrontées à leur avancée en âge. (Dr. G)*

*Oh, ben moi, je pense qu'il y a un peu une terreur psychologique qui a été très, très relayée par les médias. C'est à dire terreur, c'est peut-être un grand mot, mais c'est le vieillissement, c'est la vieillesse qui arrive. Elles ont peur de passer à la vieillesse. C'est la première peur. Ne plus avoir ses règles, c'est être vieille. (Dr I)*

Les gynécologues insistent sur l'importance du suivi psychothérapeutique pendant les consultations et déclarent être souvent le principal interlocuteur médical des femmes à la ménopause. Elles semblent ainsi jouer un rôle de « passeur », aidant les femmes à négocier cette recomposition identitaire :

*Les consultations de ménopause sont des consultations qui sont longues, vraiment et c'est un suivi particulier. C'est un suivi gynécologique, psychologique, rhumatologique, nutritionnel. Enfin, c'est très complet. (Dr. H)*

*Et puis, c'est vrai que j'essaie de les aider, de les motiver aussi, parce qu'il y en a qui font des dépressions, hein, donc il y a tout un côté d'écoute presque psychothérapeutique. (Dr.F)*

### 6.2.1.3 Ménopause et vieillissement : un positionnement ambivalent des gynécologues

- Un risque de vieillissement à gérer

Deux gynécologues semblent considérer que la ménopause, du fait des risques de morbidité qu'elle présente, à court et long termes, accélère le vieillissement corporel et accentue le

sentiment « du vieillir ». Certains médecins (5/8) évoquent également les répercussions de la variation hormonale sur la peau qui serait plus sèche et plus fragile. Contrairement aux femmes que nous avons rencontrées qui sont peu nombreuses (5/26) à attribuer les modifications de la peau à la ménopause ou à la variation hormonale, cette association semble très évidente pour les praticiennes. Il est vrai que les laboratoires pharmaceutiques ont dans leurs messages commerciaux à destination des médecins, souvent insisté sur l'impact de la ménopause sur le capital esthétique (voir par exemple, appendice C.1).

La plupart des gynécologues considèrent toutefois que la ménopause n'est pas synonyme d'entrée dans la vieillesse, notamment pour les nouvelles générations. Plusieurs (4) soulignent que les femmes de cinquante ans ont aujourd'hui une allure beaucoup plus jeune que celles des générations précédentes :

*C'est extraordinairement étonnant de voir comme les femmes sont plus juvéniles à 50 ans qu'elles ne l'étaient dans les générations précédentes, y a qu'à regarder des vieilles photos dans les albums de famille. (Dr. F)*

Ce « rajeunissement » est attribué à différents facteurs parmi lesquels l'engagement dans des activités sociales mais surtout le souci de soi et le souci de santé, semblent jouer un rôle important.

*[...] bon, moi j'ai 58 ans. Ma grand-mère quand, elle avait 65 ans, même l'âge que j'ai maintenant, enfin, je veux dire, ça n'a plus rien à voir. Ça n'a plus rien à voir, je dis pas au niveau psychologique, mais je dis même, c'est pas uniquement au niveau de l'apparence physique, c'est au niveau comportemental. Moi, je sais que l'âge passe mais j'ai, je vais pas dire, bon, je vais me mettre dans mon coin, ma vie est finie, c'est fini, enfin, c'est fini, j'ai plus besoin d'être soignée. Il y avait un renoncement à la vie, une entrée dans la vieillesse, qui elle, est de 10 ans plus tard aujourd'hui, au moins ! Moi, je vois des femmes de 70 ans, mais elles sont magnifiques. Enfin, elles sont magnifiques, elles ont des petits enfants, elles conduisent, elles font du sport. Enfin, elles font du sport, elles font pas du sport comme des dératés. Mais, elles ont une hygiène de vie, et puis surtout, elles ont une envie de vivre. Ce que... donc, elles sont coopérantes... enfin, elles demandent qu'on les aide, pas qu'on les porte, pas qu'on les prenne en charge mais qu'on les aide, qu'on les suive. Alors, que de la génération de mes grands parents, les femmes, elles n'allaient plus chez le médecin. Passé la dernière grossesse, passé la ménopause c'était terminé, pas de frottis, pas d'examen des seins, pas d'examen gynécologiques, elles, elles étaient incontinentes, elles trouvaient ça normal. Elles mettaient des*

*protections en cachette, enfin en cachette, enfin plus ou moins. Et puis c'était fini. (Dr. H)*

La plupart des gynécologues semblent ainsi considérer que le suivi gynécologique témoigne de la volonté des femmes de s'entretenir mais leur en donne également les moyens. Plusieurs opèrent ainsi une distinction entre celles qui se « *laissent aller* » et vieillissent plus rapidement et celles qui choisissent de s'entretenir et de s'assumer. « Bien vieillir » est ainsi présenté comme un choix qui relèverait essentiellement de la responsabilité individuelle.

- La remise en question de la fin de la féminité

Une minorité de praticiennes (2) explique que pour certaines femmes, la ménopause est synonyme d'une perte de féminité, liée au constat de l'arrêt des règles qui marque la fin de la fécondité et peut être associé à la fin de la sexualité :

*[...] certaines ont trop investi par exemple dans la maternité, en faisant de cette fonction l'essentiel et se retrouvent démunies à la ménopause, puisque c'est la fin de quelque chose, de la capacité à reproduire mais pas pour autant la fin de la femme. [...] certaines qui n'ont pas fait un travail sur elles vont dire, oh ben, j'ai ça, c'est la...tout est de la faute de la ménopause. Tout est ramené à la ménopause. Ah, ben oui, je peux plus faire ça donc, je suis ménopausée. En fait, elles n'arrivent pas à se projeter dans l'avenir au delà de ménopause. Donc, la peur de vieillir, ça peut passer bon, pour certaines, l'aspect physique les rides, d'autres, c'est je peux plus faire. D'autres, c'est j'ai mal partout. Mais bon, je suis une vieille, ou même sexuellement parlant, je ne suis plus une femme désirable donc pouvant avoir une activité sexuelle normale. (Dr. F)*

Toutefois, selon les autres gynécologues, les femmes des dernières générations arrivant à la ménopause ont largement démystifié les règles et ne vivent pas douloureusement la fin de la fécondité. Cette vision correspond également à notre analyse de l'expérience des femmes :

*[la ménopause] c'est la fin des règles mais c'est pas la fin de la féminité. Non, la plupart des femmes que je vois, elles ont fait leur plein d'enfant. Et puis, avec les contraceptifs, elles ont décidé d'avoir des enfants quand elles voulaient. Elles n'ont plus ce désir d'enfant, il a déjà été comblé. Alors pouvoir se passer des troubles des règles c'est un avantage, c'est plus une perte. (Dr. A)*

Cette prise de distance vis à vis de la symbolique des règles s'expliquerait aussi, selon deux médecins, par le fait que les femmes ont de plus en plus un sentiment de contrôle sur leur cycle menstruel, ayant assimilé que « *même les règles sous pilule [sont] des fausses règles* ». Ils expliquent d'ailleurs que plusieurs de leurs patientes sont demandeuses, avant la ménopause, de solutions contraceptives (contraceptif oral ou stérilet diffusant des hormones), qui permettent de supprimer les règles.

### 7.1.3.3 Une sexualité plus problématique

Les praticiennes sont nombreuses à mentionner les troubles de la sexualité qui sont jugés inévitables si des mesures ne sont pas prises pour prévenir la sécheresse vaginale qui rend les rapports sexuels plus douloureux et peut entraîner une baisse de libido :

*[...] la sécheresse vaginale, si ça n'a pas été prévu avant, si on n'a pas commencé à faire quelque chose assez rapidement avant, elles auront toutes quelques rapports un peu désagréables par sécheresse même si il y a une bonne libido encore conservée et souvent ça se dégrade à cause de ça. (Dr. G)*

Deux médecins jugent toutefois que la baisse de libido que rapportent les femmes (rarement spontanément) n'est sans doute pas uniquement attribuable à la ménopause. Celle-ci témoigne d'un engagement dans la sexualité qui n'était pas prioritaire ou qui était déjà peu satisfaisant. La ménopause viendrait alors expliquer (et même légitimer) l'espacement ou l'arrêt des rapports sexuels :

*[...] il y en a certaines qui disent, oui, ben c'est normal je suis ménopausée, donc j'ai plus envie, ma libido a baissé, c'est à cause de la ménopause. Bon, en fait quand on ré-interroge leur passé, déjà elles n'avaient pas accordé beaucoup d'importance à ça ou elles avaient un conjoint avec qui la relation n'était pas parfaite et donc elles baissent un peu les bras par rapport à ça. D'autres sont en demande, oui, ça va plus avec mon mari, je peux plus avoir de rapports. Là aussi, il faut voir un petit peu qu'est-ce qui s'est passé avant. (Dr. F)*

## 6.2.2 Représentations de gynécologues à l'égard de l'hormonothérapie

Huit des neuf gynécologues que nous avons rencontrées, bien que troublées par les études américaine et britannique, semblent convaincues que le rapport risque-bénéfice du THS reste largement favorable si la patiente ne présente pas de contre-indications (haute tension artérielle, diabète, hyperlipidémie, intoxication tabagique, surpoids, historique de cancer), et fait l'objet d'un suivi régulier. Les « nouveaux » risques mis en évidence par les études WHI et MWS sont ainsi accueillis avec beaucoup de réserve.

### 6.2.2.1 Un traitement aux nombreux bénéfices

Toutes les gynécologues, y compris le médecin phytothérapeute, s'accordent sur l'efficacité du THS. Une seule praticienne précise que certaines femmes peuvent ne pas trouver « *un très gros bénéfice clinique [au traitement]* » (Dr. C). Les médecins soulignent tout d'abord, l'action du médicament sur les troubles du climatère et notamment sur les bouffées de chaleur et l'atrophie vaginale. Le THS permet ainsi une amélioration « *très, très nette de la qualité de vie* », offrant un « *confort [qui] est acquis presque immédiatement* ». Il est d'ailleurs considéré comme le seul traitement efficace contre les bouffées de chaleur et s'impose si celles-ci sont invalidantes. La prescription d'un THS en présence de bouffées de chaleur, même modérées, est également jugée nécessaire si les femmes semblent « *un peu fragiles psychologiquement* ».

L'action sur l'ostéoporose est largement soulignée et qualifiée d'« *incontestable* ». Toutes les praticiennes estimaient ainsi nécessaire, jusqu'à ce que d'autres molécules soient disponibles, de prescrire un THS en cas de déminéralisation osseuse, comme l'explique le médecin phytothérapeute :

*[les THS] J'en prescrivais dans une indication, avant qu'on ait des biphosphonates actifs sur la déminéralisation osseuse et sans effets secondaires. Les biphosphonates sont vraiment des molécules qu'on utilise avec plaisir et les raloxifènes avant. Donc avant, la seule indication c'était de convaincre celles qui venaient en disant je ne veux surtout pas avoir un traitement par œstradiol, un traitement par THS, mais qui étaient très déminéralisées, je leur conseillais, et je les accompagnais pendant effectivement environ 4 ou 5 ans, le temps qu'elles sortent d'un seuil à risque (Dr. G)*

Des gynécologues (3) créditent également les THS d'une action cosmétique sur la peau qui reste ainsi « *plus tonique* » ainsi que sur les cheveux que les femmes perdent moins. Elles ne semblent pas convaincues de l'efficacité du traitement sur la libido, mais estiment qu'en soulageant la sécheresse vaginale et la fatigue, il contribue à l'améliorer : « *si elles sont moins fatiguées, ça joue aussi quand même* ».

Enfin, certains médecins (4) attribuent aux THS des bénéfices symboliques, soulignant que ce traitement permet aux femmes de conserver leur dynamisme, de ne pas se laisser aller et de repousser le vieillissement :

*[...] les femmes qui sont traitées, elles vieillissent moins vite, elles sont en meilleure tenue physique, elles ont plus de dynamisme. Elles se projettent dans l'avenir. Et puis, elles ont la peau plus fine aussi, c'est pas négligeable non plus. (Dr A)*

*Ah, ben oui, c'est très net, elles vieillissent moins vite, elles font plus attention à elles. Moi, j'ai une femme, elle a 70 ans, elle est sous THS depuis 20 ans, mais cette femme, elle a une énergie. Mais peut-être aussi que celles qui veulent prendre un THS sont celles qui font aussi plus attention à elles. (Dr E.)*

A l'exception de la gynécologue phytothérapeute, les médecins considèrent que le THS constitue une avancée technologique, un progrès indéniable pour la santé des femmes, les aidant à passer le cap de la ménopause. Ils regrettent la méfiance des femmes à l'égard de ce traitement qui a « *vraiment des effets positifs [et dont elles] étaient les premières à [...]* bénéficier ». Plusieurs médecins jugent ainsi que les femmes qui ne s'engagent pas dans une hormonothérapie, qui ne sont pas « *coopérantes* », font preuve d'une attitude rétrograde ou peu responsable. A l'inverse, les femmes qui s'engagent dans un THS témoignent de leur volonté de « *bien vieillir* » :

*[...] certaines c'est quand même, elles ont l'exemple de femmes qui l'ont pris (le THS) avant elles et qui sont super bien, elles se disent, et à l'inverse elles ont la comparaison de femmes qui sont pas bien et elles se disent : moi, j'ai envie de bien vieillir et même si il y a un petit risque augmenté, je préfère le prendre et bien vieillir, euh...que de me voir dépressive, pas bien. (Dr. F)*

La plupart des gynécologues rapportent que les femmes adoptent maintenant, de préférence, des traitements continus, c'est-à-dire ne provoquant pas de règles artificielles, l'arrêt des menstruations ne semblant plus problématique :

*Le traitement hormonal il y a dix ans était vecteur, enfin, était assimilé si vous voulez à un traitement anti-vieillessement. Donc, elles (les femmes) avaient le sentiment, donc, c'était jeune pour toujours. Donc, à partir du moment où elles prenaient leurs hormones, surtout si on leur maintenait des saignements, des hémorragies de privation, elles avaient le sentiment de continuer à avoir leurs règles et [...] elles étaient très, très demandeuses de continuer à avoir leurs règles, parce que pour elles, à partir du moment où elles avaient leurs règles, artificielles ou pas ... elles se sentaient jeunes [...] Maintenant, c'est bon débarras pour les règles, il y a vraiment une demande de traitement sans règles parce que je crois que c'est assimilé. Enfin, je crois que les règles ont été démystifiées un petit peu. Il y a une évolution, je crois. Maintenant, les saignements, moi je leur explique que c'est de fausses règles et que si elles prennent le traitement de manière discontinue, elles saigneront, et sinon, elles ne saigneront pas et que donc, même les règles sous pilule, c'est des fausses règles, parce que si vous prenez trois plaquettes de suite vous ne saignerez pas. Ca, c'est quelque chose qui est assimilé et elles n'ont plus cette demande (Dr. H)*

Un médecin précise toutefois que les femmes qui vivent avec un conjoint plus jeune sont plus souvent demandeuses d'un traitement avec règles artificielles, que le partenaire ne peut distinguer d'une pilule contraceptive classique. Il permet ainsi d'afficher «*qu'elles sont toujours des femmes jeunes qui ont encore leurs règles* ».

#### 6.2.2.2 Perception et gestion des effets secondaires associés au THS

- Des effets secondaires limités et pas toujours entendus par les praticiens

Hors contre-indications, la plupart des praticiennes jugent que les effets secondaires « non pathologiques » des THS sont rares et peuvent être contrôlés par une adaptation du protocole de traitement. Cette bonne tolérance est attribuée aux faibles dosages et au caractère « naturel » des produits prescrits en France : « *Avec les doses qu'on utilise maintenant, non c'est rare, non avec 1 milligramme de 17 $\beta$ -estradiol, c'est difficile d'avoir beaucoup d'effets* ».

L'effet secondaire le plus souvent mentionné par les patientes est la prise de poids, mais plusieurs médecins questionnent sa relation avec la prise du THS :

*Alors certaines, elles disent que le THS, c'est le THS qui les fait grossir. C'est pas le THS ou vraiment peu. Mais bon, c'est pas facile de les convaincre. (Dr. E)*

*Alors les effets secondaires qu'elles citent sont essentiellement les douleurs des seins et les saignements. A part ça, j'ai jamais eu... Quelques unes ont parlé d'excitation. Le poids, c'est très variable, ça dépend de ce qui se passait avant et euh... c'est surtout les mastodynies, les douleurs des seins et les petits saignements qui les inquiètent. Et la prise de poids, c'est théorique mais ça aussi, ça se négocie. (Dr. C)*

Enfin, les gynécologues considèrent que le traitement présente des risques mais que ceux-ci sont gérables si l'on respecte les contre-indications et si l'on pratique un suivi gynécologique régulier et une prescription personnalisée :

*I : Vous, vous y êtes toujours favorable au traitement ?*

*G1 : Mais oui, il y a des contre indications, mais si on n'a pas de cancer, pas de thrombose, et si on trouve un traitement personnalisé, le THS a vraiment des effets positifs. (Dr. A)*

- Différentes modalités d'appréciation des « nouveaux » risques associés au THS

Pour la majorité, les gynécologues se montrent très réservées concernant les risques mis en évidence par les études WHI et MWS. Elles jugent que ceux-ci sont exagérés, non applicables à la situation française et démentis par leur expérience. Trois praticiennes semblent par contre plus préoccupées par les risques que pose la thérapie hormonale de substitution, méfiance qui n'est pas toujours récente.

- Un risque exagéré par les médias

Toutes les gynécologues critiquent la médiatisation « excessive » de l'étude WHI. A l'exception du médecin phytothérapeute, elles considèrent que les médias ont exagéré les risques de cancers associés à l'usage des THS. Les journalistes sont accusés de vouloir « faire

du sensationnel » et de réduire l'information « à des phrases assassines » et « sorties de leur contexte » :

*[...] les médias, ils ont présenté ces études de manière très partielle, en insistant sur le nombre de cancers. Et en plus, c'est tombé en plein dans la campagne anti-cancer alors, voilà c'était : THS égal cancer. Alors que les risques de cancers du sein ont été très exagérés, c'était quelque cas de cancers en plus. (Dr. A)*

Les autorités de santé publique (et notamment l'AFSSAPS) sont également accusées d'avoir participé à cette amplification du risque, en diffusant des normes de pratiques restrictives, et ce, en vertu du respect du principe de précaution :

*I : [la controverse autour des THS] Ça a commencé avec l'étude WHI ?*

*DrE : Non, ça a commencé avec ce que les médias en ont fait. Parce que l'AFSSAPS au départ, ils avaient pas trop réagi et puis les médias ont monté tout ça, c'était un événement majeur, toutes les femmes allaient avoir le cancer. Alors là l'AFSSAPS a réagi. Et puis, il y a eu l'étude britannique, alors là, c'était parti. Principe de précaution, on arrête tout.*

- Un risque qui ne s'applique pas à la France

A l'exception du médecin phytothérapeute, les gynécologues rencontrées estiment que les résultats de l'étude WHI ne sont pas transposables tels quels à la situation française. Elles insistent tout particulièrement sur le caractère « naturel » des traitements hormonaux utilisés en France par opposition aux « hormones de synthèse » utilisées aux Etats-Unis. Elles estiment de plus, que les femmes traitées en France ne correspondent pas aux femmes américaines ayant participé à l'étude WHI :

*[...] le problème c'est que au départ il y a eu WHI, l'étude américaine c'était pas fait avec les mêmes produits, puisque c'était pas fait avec les mêmes hormones qu'en France, c'était pas les mêmes dosages, euh, donc, on a été quand même un tout petit peu sceptique je pense de la WHI. D'autre part, l'échantillonnage était très différent de ce qui était en France, la moyenne d'âge était très élevée, il y avait des problèmes d'obésité, des problèmes cardio-vasculaires, etcetera, qui faisait partie nous, de nos contre-indications. Donc, si vous voulez, on était assez réservées quand aux conclusions de la WHI. (Dr I.)*

Enfin, elles considèrent que le suivi médical des femmes sous THS pratiqué par les gynécologues français est de meilleure qualité :

*[...] on pratique une façon de faire qui n'est pas celle des américains qui donnaient des traitements à forte dose, n'importe comment, des dérivés équinés et pas avec le même suivi que nous avons. Les anglais, n'en parlons pas, il n'y a pas de gynécos en Angleterre ce sont des obstétriciens qui sont surbookés et qui n'ont pas le temps. Bon, moi si une femme a des seins à risque, je vais pas lui donner le traitement, donc forcément, je n'aurai pas de statistiques qui me montrent qu'il y a plus de cancers sous traitement. (Dr. G)*

Les gynécologues opposent également leur suivi médical et surtout leurs pratiques de prescription à celles des généralistes français qui respecteraient moins les contre-indications et auraient prescrit ces médicaments de manière trop systématique :

*[...] un généraliste qui n'a pas l'habitude, il va mettre sous traitement des femmes qui n'auraient pas dû y être. Donc évidemment, dans le grand public on va avoir cette image que le traitement donne le cancer (Dr. G)*

*I : est-ce que vous croyez que les médecins ont considéré le THS comme un médicament miracle ?*

*Dr. C : Oui, moi je pense. Parce que c'était surtout vrai au niveau des médecins généralistes. Parce qu'ils ont prescrit à tour de main, pour faire chicos, comme ils prescrivent toujours le dernier médicament qui est sorti pour bien faire voir qu'ils sont au top de l'information. Bon, après, quand c'est trop systématique, ça donne pas toujours des bons résultats.*

En ce qui concerne l'étude britannique MWS, elle a été moins souvent évoquée. Quatre gynécologues en critiquaient la méthodologie mais une seule a relevé le fait qu'elle portait sur certains des produits utilisés en France. Certaines praticiennes ont également mentionné l'étude observationnelle française E3N,<sup>75</sup> soulignant qu'elle les avait rassurées puisqu'elle confirmait l'innocuité des produits prescrits en France.

<sup>75</sup> Cette étude (Fournier *et al.*, 2005) avait été présentée lors de congrès professionnels mais n'était pas publiée au moment des entretiens sauf pour l'un d'entre eux réalisé en novembre 2004.

- Un risque démenti par l'expérience

Deux gynécologues expliquent qu'elles n'ont pas été inquiétées par les résultats des études WHI et MWS car ceux-ci allaient à l'encontre de leur expérience de pratique. Elles déclarent en effet ne pas avoir constaté plus de cas de cancer du sein chez leurs patientes suivant un THS. A l'inverse, des cancers ont été repérés chez des femmes qui n'étaient pas sous traitement. Comme pour les patientes, l'expérience des produits et de leurs effets semble réduire la perception du risque :

*[...] je ne raisonne pas scientifiquement, je raisonne avec un niveau de preuve individuelle, c'est à dire mon expérience, [...] l'expérience du médecin, l'expérience de gynéco en France. Bon moi, j'ai 25 ans, presque 32 avec l'expérience à l'hôpital, et je dis toujours à mes patientes, le nombre de cas de cancer du sein que j'ai eu chez des patientes non traitées est supérieur à celles qui se sont traitées et les cas mortels ça a été chez les patientes qui ne se sont pas traitées. Et ça, je peux le prouver ! (Dr. G).*

*Mais au niveau du cancer du sein, je leur dis : vous avez arrêté votre traitement mais ne vous imaginez pas que parce que parce que vous avez arrêté vous tombez au risque zéro. Vous avez une augmentation de risque au bout de 5 ans de 8 pour 1000, de 8 pour 1000 ! Et ça veut pas dire qu'avant il y avait le risque zéro. Donc, il faut continuer à vous surveiller. Pour les simples raisons que le cancer du sein commence à 40 ans et qu'à 40 ans on peut pas imputer ça au THS. Moi les trois dernières qui ont été opérées chez moi, enfin, c'est pas moi qui l'ai fait, mais elles avaient 38, 39, 41. Les trois derniers cancers que j'ai eu en 2004. On peut pas dire que c'est le traitement hormonal. (Dr. H)*

- Un risque réel et prévisible

Trois praticiennes se montrent plus méfiantes à l'égard des THS. La gynécologue phytothérapeute estime que les risques mis en évidence par les études WHI et MWS ne l'ont pas surprise. Elle explique notamment que le fait de repousser artificiellement la ménopause comporte des risques évalués depuis de nombreuses années :

*I : Comment avez vous reçu les résultats de cette étude ?*

*Dr.G : Mais sans aucune surprise. Du temps où je faisais mes études de médecine générale, pas mes études de spécialisation, il y a un bon nombre d'années, j'ai 55 ans, on avait appris d'une façon très, très évidente dans les facteurs de cancer du sein, la ménopause tardive et qu'une femme qui n'était pas ménopausée à 56 ans avait un sur-risque de cancer du sein. Alors, j'ai été un petit peu surprise de l'étonnement du corps*

*médical devant les résultats de la WHI qui calque absolument ça. Sur-risque apparaissant à la 5ème année de prise, nous sommes ramenés à la ménopause à 56 ans, et il semble qu'il y ait un effet durée-dépendant, exactement comme on l'avait toujours dit, avant même qu'il y ait des traitements. Aux Etats-Unis, il y avait déjà des traitements mais en France, quand je faisais mes études générales, il n'y en avait pas. (Dr. G)*

Une autre praticienne considère que ces dérapages résultent des excès de prescription des traitements hormonaux. Elle explique que les effets secondaires qu'elle constatait l'ont, depuis plusieurs années, incité à une certaine prudence vis à vis de ces produits :

*[...] il y a eu un excès de prescription, on n'a souvent pas attendu que les femmes soient ménopausées, parce qu'il y avait trois bouffées de chaleur on leur a balancé des trucs, euh...en oubliant souvent que l'ovaire, il s'arrêtait pas souvent du jour au lendemain, et qu'il y avait quand même des traitements mal supportés parce qu'il y avait quand même des résidus ovariens, et que ça s'additionne et qu'il y avait quand même des prises de poids, des mastodynies et des trucs, quand mêmes des signes qui étaient embarrassants pour les patientes. (Dr C)*

La troisième gynécologue semble également assez peu surprise, considérant que tous les traitements hormonaux posent un certain nombre de risques. Elle s'étonne par contre de l'attention dont fait l'objet l'hormonothérapie alors que les autres traitements hormonaux ne sont jamais remis en question :

*Alors, je trouve que la manière d'appréhender les traitements hormonaux est excessivement, enfin, c'est relatif si vous voulez. Ca me paraît pas excessif dans l'absolu mais à condition que l'on fasse pour tous les traitements hormonaux la même chose, ce qui est loin d'être le cas. Par exemple, les traitements hormonaux quand les femmes partent en fécondation in vitro et qu'elles sont bombardées, enfin qu'on leur sur-stimule les ovaires pendant des cycles et des cycles, et ben moi, j'ai pas beaucoup vu passer dans la presse, si dans la presse médicale si, mais dans les médias, j'ai pas beaucoup entendu parler des risques d'hyper-stimulation, ni du risque d'augmenter le cancer de l'ovaire, et cetera... De la même manière, la pilule, c'est un silence assourdissant. Alors que si on compare le nombre de femmes, le pourcentage de femmes qui prennent la pilule et le pourcentage de femmes qui sont traitées à la ménopause. Je veux dire que c'est ridicule. Je crois qu'il y a 8% des femmes qui sont traitées, 8% des femmes ménopausées, enfin, peut-être un peu plus un peu moins, il y a deux ans, je crois, pour la ménopause. Si vous prenez un échantillonnage de filles jeunes sous contraception et ben presque toutes sont sous contraception orale, pour pas dire toutes. Donc, ça me paraît extrêmement déséquilibré. (Dr. H)*

### 6.2.2.3 Les fonctions du THS au sein de la relation médecin-patient

Le THS remplit de multiples fonctions au sein de la relation médecin-patient. Il témoigne tout d'abord de la capacité d'agir des gynécologues, fidélise les patientes et constitue un élément autour duquel s'organise la communication pendant la consultation.

- Une capacité d'agir

Pour les praticiennes qui jugent que le THS est un médicament très rapidement efficace sur les troubles de la ménopause et qu'il permet d'améliorer la qualité de vie des patientes, ce traitement constitue une promesse de soulagement :

*Autrefois, lorsqu'elles arrivaient à la pré-ménopause, je leur disais, bon là, il y a une période un peu difficile mais après, d'ici un an, c'est à dire une fois que la ménopause est installée, on fait un test [...] et si il n'y a pas de problème d'hypertension ou d'obésité, on commence un traitement hormonal et là, c'est le paradis. (Dr. A)*

La prescription témoigne ainsi de leur capacité d'action, les bénéfices du traitement étant observables pour les patientes, mais aussi pour les médecins :

*Oui, celles qui le prennent, elles voient très rapidement une amélioration. Elles sont en meilleure forme physique, elles sont plus dynamiques. Et nous, on le voit aussi. (Dr. A)*

- Une stratégie de fidélisation

Le THS constitue aussi un élément de fidélisation puisqu'il oblige les femmes à revenir régulièrement dans leur cabinet pour renouveler leur prescription.<sup>76</sup> En retour, le recours au THS vient légitimer un suivi médical régulier, impliquant plusieurs tests diagnostics (frottis, contrôles sanguins, mammographies), qui selon les médecins bénéficie largement aux femmes :

---

<sup>76</sup> Les THS sont généralement prescrits pour une période de 6 mois, ce qui signifie que la fréquence des consultations médicales est au minimum de deux par an.

*Et puis l'avantage énorme, c'était quand même le fait que, il y a quand même beaucoup de femmes, qui ne vont pas mal et qui ne sont pas suivies par un généraliste et qui sont les seules, pour qui on était un généraliste, les seules qu'elles venaient consulter. Et on détectait beaucoup de choses. (Dr. I)*

La profession gynécologique s'accorde d'ailleurs sur le fait que le THS était l'élément qui attirait les femmes de plus de cinquante dans leur cabinet : « Tout comme la contraception et la surveillance qu'elle a entraînée ont amené les femmes de la génération de 1968 à se faire suivre régulièrement, c'est le traitement hormonal substitutif et la demande de renseignements qu'il suscite, qui actuellement poussent les françaises de l'après cinquante à consulter en gynécologie» (Levy, 2004).

- Un instrument de communication pendant la consultation

Le traitement hormonal constitue également, comme l'expliquent deux médecins, un instrument de communication avec leurs patientes. La mise en route d'un THS permet en effet de verbaliser des gênes somatiques ou psychiques et d'aborder des questions difficiles comme l'incontinence urinaire ou la sexualité. Elle est aussi un moyen d'engager une discussion sur les comportements alimentaires :

*[la prescription], c'est le moyen de rediscuter avec elles de ce qui se passe au niveau de l'alimentation de leur corps. Enfin, bon... L'incontinence urinaire ça aide aussi, parce qu'elles ne consultent pas pour ça mais si on leur dit écoutez peut-être que ça [le THS], va améliorer euh la situation, ça elles sont partantes et elles en parlent. (Dr C)*

La prescription du THS est ainsi l'occasion pour le patient d'oser poser des questions et pour le médecin de donner des informations : « [...] du simple fait d'un THS, le médecin est non seulement supposé savoir sur le corps, il est aussi supposé pouvoir apporter des remèdes aux maux de ce moment de la vie. Du coup, les maux sont mis en mots, dans une demande qui n'aurait pas lieu sans une offre préalable de soulagement » (Laznik, 2004, p.17).

#### 7.2.3.4 Une prescription légitimant l'existence du gynécologue médical

Plusieurs gynécologues insistent également sur l'expertise que requièrent le suivi de la ménopause et la prescription de THS. Cette prise en charge relève des compétences du gynécologue et plus spécifiquement du gynécologue médical. Ces praticiens jugent en effet que le médecin généraliste, comme le gynécologue obstétricien, ne peuvent assurer adéquatement le suivi gynécologique des femmes ménopausées, parce qu'ils manquent de temps et qu'ils n'ont pas toujours une bonne connaissance des traitements hormonaux :

*Si vous voulez vraiment, l'obstétrique, c'est un autre métier. Si vous voulez, il y a une telle, la médecine devient extrêmement complexe et l'obstétrique est très complexe aussi, enfin, on peut dire, c'est quand même vraiment la femme et l'enfant, l'obstétrique, avec tous ses pièges, et je pense que l'obstétricien étant débordé, surtout en France à cause des problèmes juridiques, et étant débordé, je pense que les problèmes de contraception, d'infection, d'endocrino, pas seulement de ménopause, il a pas le temps de s'occuper de tout ça. (Dr J)*

*Le généraliste, même si il est bien, même si c'est une femme, n'a pas toujours le temps non plus parce qu'il est multi-fonctions et encore plus, c'est qu'ils n'ont pas non plus la même formation aussi approfondie que nous. (Dr F)*

#### 6.2.3 Les conséquences de la « crise » du THS sur la pratique professionnelle

Pour sept gynécologues, la controverse qu'a suscitée la publication des études WHI et MWS constitue un événement qui délimite un « avant » et un « après » dans leur pratique. Toutes déclarent avoir considérablement réduit leur prescription de THS sous l'effet des normes de pratiques diffusées par l'AFSSAPS<sup>77</sup> mais aussi parce qu'elles rencontrent, de la part des femmes « *une réticence énorme par rapport aux traitements hormonaux* ». Nombre de leurs patientes ont en effet abandonné leur traitement ou refusé d'initier une hormonothérapie.

---

<sup>77</sup> Celles-ci recommandaient aux médecins de réserver le THS aux femmes souffrant de troubles sévères et de ne pas prescrire ce traitement au delà de 5 ans. L'AFSSAPS déconseillait également la prescription, en première intention, de THS pour prévenir l'ostéoporose.

### 6.2.3.1 Un suivi de la ménopause devenu plus délicat

- Des consultations plus longues et plus complexes à gérer

Tous les médecins insistent sur le fait que le suivi de la ménopause est devenu plus délicat. Ils sont soumis aux questionnements de leurs patientes dont plusieurs, inquiétées par les risques de cancer associés au traitement, l'ont interrompu souvent sans les consulter. Ils se voient ainsi dans l'obligation de rassurer les femmes qui suivent un THS ou envisagent de le faire et de leur expliquer les résultats des études. Cette obligation de justifier la prescription est jugée difficile par sept médecins compte tenu de la complexité des données (« *ce n'est pas facile, c'est assez subtil pour nous d'expliquer dans le cadre d'une consultation que ces études peuvent être remises en question* ») et de la légitimité que les femmes accordent au discours médiatique, notamment aux informations diffusées sur Internet. La volonté de convaincre les femmes des bénéfices du THS amène deux gynécologues à adopter un discours qui met l'accent sur les « *pertes* » associées à la ménopause :

*[...] je suis intervenue dans une séance sur la ménopause auprès de femmes qui faisaient du yoga. On m'avait demandé de venir faire une conférence. Alors, je me présente, et là je pensais que j'allais avoir des attaques très vives contre le THS et puis en fait non. Vous voyez j'avais organisé ma présentation en présentant ce qui se passait au niveau de l'appareil génital, au niveau de l'utérus, du vagin au niveau des lèvres inférieures, supérieures, voilà, les modifications qui vont avoir lieu, ensuite la peau, au niveau vasculaire et au niveau osseux. Et quand j'ai eu fini cette présentation, en montrant bien les pertes, et que j'ai commencé à parler du THS et de ses effets bénéfiques et bien j'avais des femmes qui étaient beaucoup moins hostiles au traitement. Je pense que les femmes si on les prend d'abord par le traitement, si on aborde la question de la ménopause par le traitement, oui, là, elles remettent tout en cause. Mais si vraiment l'information portait sur les modifications liées à la ménopause, les choses seraient tout à fait différentes. (Dr A)*

Toutefois, ces explications allongent considérablement le temps de la consultation et perturbent le fonctionnement de la pratique. La prise en charge des femmes ayant interrompu leur THS est jugée particulièrement compliquée :

*Ah oui ! j'en ai eu qui ont arrêté leur traitement d'elles mêmes, du jour au lendemain, ce qui est une erreur. Alors après, elles sont mal et ce sont des coups de téléphone à n'en*

*plus finir. Ensuite, on les case en consultation en supplément [...] Donc, c'est très perturbant dans le fonctionnement des rendez-vous (Dr. F.)*

- Une pratique où le risque médico-légal est plus présent

Les mises au point diffusées par l'AFSSAPS ont sensibilisé les femmes gynécologues à la question du risque médico-légal, une dimension dont ces professionnels, contrairement à leurs confrères obstétriciens, s'étaient assez peu préoccupés jusque là. Quatre praticiennes rapportent l'expérience d'une collègue qui a fait l'objet d'une menace de procès.

Les recommandations de l'AFSSAPS ont également entraîné une évolution des pratiques de prescription du THS pour la majorité des gynécologues (6). Plusieurs (5) qui proposaient quasi systématiquement le THS (hors contre-indications) à toutes leurs patientes, déclarent ainsi ne le prescrire maintenant qu'à celles qui rapportent des symptômes du climatère altérant la qualité de vie ou qui présentent un risque de perte de densité osseuse « important » (en accord avec les seuils proposés par l'AFSSAPS) :

*Avant (la publication des études) j'en étais venue, sous l'effet de... On était tellement convaincu. J'en étais venue à les proposer systématiquement. Maintenant, je n'en parle que si elles ont des symptômes » (Dr. B).*

Trois de ces gynécologues (les plus jeunes) se montrent encore plus prudentes. Leur stratégie consiste à ne proposer la thérapie hormonale que si les femmes la demandent : « *je ne force rien, c'est elles qui décident* ». La participation croissante de la patiente à la décision médicale, semble ainsi renforcée par la perspective du risque juridique comme l'ont déjà souligné Kaufert et McKinlay (1985).

Toutefois, ces médecins disent aussi qu'ils ne suivent pas toujours les recommandations de l'AFSSAPS, notamment en ce qui concerne la durée de prescription. Ils considèrent en effet que le THS peut être poursuivi bien au delà de 5 ans si la patiente en émet le désir :

*J'ai des patientes, ça fait 20 ans qu'elles le prennent. Comme l'ANAES et l'AFSSAPS nous ont quand même donné des règles de prescription, j'ai dit à ces patientes : une*

*fenêtre thérapeutique. Une sur deux est bien, on l'arrête, une n'est pas bien, on le reprend. Je suis hors la loi quelque part. Si il y a un pépin, si quelqu'un de la famille dit : il y a un cancer, même survenu au bout de 22 ans et qu'il porte plainte, je suis fautive (Dr. F).*

D'autres médecins (3) déclarent ne pas avoir beaucoup modifié leur pratique qu'ils jugeaient déjà prudente. Pour une des praticiennes, la seule évolution réside dans le fait de pratiquer des fenêtres thérapeutiques, ce qu'elle fait essentiellement pour se protéger sur le plan médico-légal :

*Alors moi, si vous voulez, je n'ai jamais prescrit de THS de manière systématique. C'est à dire qu'une femme qui n'avait aucun trouble du climatère, qui n'était pas décalcifiée, qui n'avait pas de risque d'ostéoporose, je lui ai pas systématiquement prescrit un traitement par voie générale. Un traitement par voie locale oui, pour la sécheresse vaginale, oui. Donc, si vous voulez, ça m'a pas tellement vraiment changé ma façon de voir les choses. Par contre, je m'impose de réévaluer tous les ans. Mais euh, si vous voulez pour être franche, c'est autant sur le plan médico-légal, parce que c'est tellement passé partout que si jamais vous le faites pas et même si il y a un souci, même si c'est pas lié au traitement, vous risquez de vous entendre dire que vous n'aviez pas fait votre travail que vous deviez réévaluer (Dr. H)*

Deux autres gynécologues soulignent qu'elles ne se sentent pas menacées par la controverse entourant le THS et n'ont procédé à aucun changement. La première, qui est phytothérapeute, ne prescrit presque que des phytohormones, sauf dans certains cas de bouffées de chaleur invalidantes. Elle prescrivait autrefois également des THS lors de problèmes de perte de densité osseuse mais préfère depuis une dizaine d'années proposer des biphosphonates et des raloxifènes, « *molécules qu'on utilise avec plaisir* » du fait de leur absence d'effets secondaires. Ce médecin a très bien vécu la médiatisation des études WHI et MWS qui confortent sa position à l'égard des THS et lui ont par ailleurs, amené de nouvelles patientes recherchant des solutions alternatives à ces traitements :

*I : Qu'est-ce que vous pensez des recommandations qu'a émis l'AFSSAPS suite à ces études ?*

*Dr G : (Rires), moi je m'en fichais, parce que j'applique déjà le principe de sécurité, en tout cas, de ne pas nuire. Pour moi, ça n'a rien changé à ma pratique. Elle était déjà différente. Donc, euh, ça m'était égal. Oui, je les ai lues. Moi, ça me semblait, de dire, je l'ai toujours dit : il faut le réserver à des patientes qui ont des symptômes et que c'est celles qui ont des symptômes handicapants, que c'est au coup par coup, que c'est pas*

*systématique, donc j'étais parfaitement d'accord. [...] Moi, j'en ai jamais beaucoup prescrit des THS. Je ne l'ai jamais prescrit que sur symptomatologie. Je prescrivais des traitements phytohormonaux presque tout le temps. Presque tout le temps.*

L'autre gynécologue explique qu'elle ne s'est pas sentie menacée parce que sa pratique accorde une large place à la négociation (terme qu'elle utilise à plusieurs reprises). Ainsi, elle déclare avoir toujours impliqué les femmes dans la mise en route d'un traitement. De plus, elle imposait à ses patientes une période d'attente d'un an avant d'initier un traitement. Celles qui décidaient de recourir au THS semblaient ainsi convaincues de ses bénéfices puisqu'elles avaient fait l'expérience des symptômes de la ménopause :

*[...] quand elles sont vraiment gênées par la ménopause sur plusieurs types de chapitres, on peut remettre la discussion un peu plus à plat. Parce que là, elles en sentent vraiment la nécessité ; elles se sentent par obligées de prendre un machin pour rester jeunes. Elles en sentent vraiment l'utilité ». (Dr C.)*

Par ailleurs, elle est toujours restée à l'écoute des effets secondaires que rapportaient les femmes et leur expliquait lors de l'initiation du traitement qu'il était possible de l'interrompre à tout moment :

*[...] en préambule, je leur explique tout le temps que s'il y a quelque chose qui ne va pas, on n'est pas dans le cas de la contraception, donc, on... c'est un traitement particulier, c'est pas un diabète, c'est pas vital sur le plan médical. Donc, si elles ont des ennuis, elles peuvent arrêter. C'est pas une obligation que ce soit un médecin qui donne une autorisation d'arrêter. Elles peuvent le faire et elles réfléchissent à nouveau et on en rediscute. [...] Donc, tout se négocie. On peut négocier des choses. Après, si on est tranquille sur son type de prescription, si on s'est bien expliqué avec sa patiente, on n'a rien à craindre. (Dr. C)*

- Des normes médicales dont l'évolution interroge la rationalité scientifique

La « crise du THS » semble également indicative d'un certain malaise au sein du corps médical. Certains médecins expriment des difficultés à s'y retrouver face à un traitement qu'ils ont beaucoup prescrit, par conviction mais aussi sous le fait des recommandations de leurs pairs et des pressions commerciales des compagnies pharmaceutiques, et qui est aujourd'hui brutalement remis en question :

*[...] l'industrie pharmaceutique [...] nous a fait toute une campagne en faveur des traitements hormonaux. Et puis voilà, les traitements hormonaux, il fallait les prescrire, on y croyait. Moi, c'est ce qu'on m'a appris. Et puis là, tout d'un coup, non ! Il faut plus les prescrire. C'est un peu radical ! (Dr B.)*

Selon la loi, les médecins doivent soigner en fonction des données de la science mais comme le souligne une gynécologue, l'évolution des normes de prescription est très rapide et semble parfois relever plus d'effets de « mode » que de faits scientifiques :

*J'aime pas les modes en médecine parce qu'on en revient toujours. Le traitement de la ménopause, ça a été ça, on a balancé ça à tout le monde et puis il fallait surtout qu'elles prennent ça sinon, elles allaient se casser de partout. Enfin c'était l'horreur ! Et puis après on a tout arrêté d'un coup. C'est pas facile. Et les phytoestrogènes, c'est pareil, elles en prennent, elles en prennent, et on ne sait pas ce que ça donnera d'ici quelques années. (Dr. C)*

L'évolution des normes de prescription des THS semble ainsi avoir confronté les médecins à l'incapacité de la médecine à pleinement anticiper les risques des traitements qu'elle propose, les amenant à s'interroger sur la validité du savoir scientifique.

#### 6.2.3.2 Un suivi gynécologique menacé

- Une atteinte au pouvoir de soigner

Pour plusieurs médecins (5), la publication des études vient surtout limiter leurs moyens d'action auprès des patientes ménopausées. Ne pouvant plus recourir au THS comme avant, notamment parce que les patientes le refusent, ceux-ci déclarent se sentir un peu démunis :

*Parce que maintenant, même celles qui ont des bouffées de chaleur gênantes considèrent que ce n'est pas une raison suffisante pour commencer un traitement. Alors nous, on ne sait plus trop que faire. Maintenant, on ne peut plus trop les aider pour la qualité de vie. (Dr.A)*

- Un recul pour la santé des femmes

Plusieurs des gynécologues rencontrées (3) remarquent que la fréquence de consultation de leurs patientes devient moins régulière lorsque la thérapie hormonale n'est pas adoptée ou est interrompue.<sup>78</sup> Il s'agit ainsi d'une perte de clientèle dont l'impact est toutefois largement modéré par la diminution du nombre de gynécologues (Sicart, 2002).

Selon les médecins, les désaffections qu'a entraînées la remise en question des traitements hormonaux constituent un recul pour la santé des femmes, le dépistage des cancers gynécologiques étant particulièrement important à partir de la cinquantaine :

*Elles arrêtent le traitement et elles ne viennent plus et il n'y a plus de suivi gynécologique. Ca on ne le dit pas trop hein, dans les journaux ? Non, il n'y a plus de suivi sauf si elles décident de reprendre le traitement. (Dr. C)*

*[...] moi je pense que c'est au niveau de la surveillance de la femme à 50 ans, enfin, on risque, mais c'est une impression que j'ai et que nous avons toutes, c'est que d'ici quelques années, on risque d'avoir des surprises en termes de suivi des cancers. Parce que les femmes venaient pour avoir un traitement, mais en même temps, on faisait faire des mammographies, et il y avait des frottis, et il y avait tout un dépistage et un suivi chez ces femmes qui n'ont plus maintenant aucune raison de consulter. Et puis à ce moment là, on risque d'arriver à des stades beaucoup plus avancés de pathologies lourdes. (Dr. I)*

Ce dernier médecin s'interroge sur la nouvelle « motivation » à donner aux femmes « pour qu'elles puissent continuer à se faire suivre, avec ou sans traitement à la ménopause ».

### 6.2.3.3 Une relation médecin-patient modifiée

- Une autorité médicale remise en cause

Certains médecins (6) estiment que la remise en cause du traitement hormonal a semé le doute dans l'esprit des femmes. Ils ont ainsi le sentiment de ne plus avoir l'écoute de leurs

<sup>78</sup> Selon un sondage Sofres (Lachowsky, 2003), parmi les femmes qui ont arrêté leur traitement à la suite de la publication de l'étude WHI, un quart déclarait consulter leur gynécologue moins souvent.

patientes comme avant, celles-ci ne tenant pas compte de leur avis médical et se passant de les consulter pour interrompre leur traitement :

*Moi je leur disais, vous savez au moment de la ménopause vous allez faire l'expérience de certains symptômes et il existe des traitements qui peuvent vous aider mais là elles m'arrêtent net, c'est catégorique : elles disent : je veux pas d'hormones. (Dr A)*

Deux autres gynécologues, qui s'inscrivent dans un modèle centré sur la négociation, semblent beaucoup moins préoccupées par ces interruptions qui traduisent une évolution du rapport à la médecine. Elles jugent normal, voire positif, que les patientes soient plus informées et plus critiques aussi à l'égard des soins :

*[...] c'est vrai que euh... la place laissée par les clients si on peut dire, euh, sur le pouvoir médical, face au pouvoir médical les réactions sont différentes. Moi, je trouve normal qu'on leur donne des explications aux patients. (Dr. C)*

*C'est d'ailleurs plaisant de voir qu'on n'est plus dans une passivité vis à vis du soin en général. [...] Qu'il y a un regard critique, qu'il y a un intérêt, qu'elles lisent, qu'elles s'informent et qu'elles écoutent des choses à la radio et à la télé et qu'on en parle après. C'est bien. (Dr.G)*

- Une atteinte à la relation de confiance

Pour trois des gynécologues, les médias ont porté atteinte à la relation de confiance qu'elles avaient établie avec leurs patientes. Deux (les plus jeunes), soulignent que les consultations de ménopause sont devenues des épreuves (« on marche sur des œufs »). Elles interprètent les questionnements des femmes comme une remise en cause de leur pratique :

*Elles arrivaient avec leur article de journal. Elles me disaient : vous voyez, c'est écrit dans le Monde, le traitement hormonal, ça donne le cancer ! Elles me mettaient en avant les chiffres de cancer. Alors évidemment c'est toute la confiance qui est rompue [...] Mais c'est surtout la relation avec les patientes qui s'est détériorée. On n'a plus l'écoute de nos patientes comme avant. Parce qu'elles ne viennent pas nous voir en disant, j'ai entendu parler de cette étude, je m'interroge sur le THS, qu'est-ce que vous en pensez ? Non, beaucoup de femmes, c'est pas pour avoir notre avis qu'elles viennent. Elles refusent catégoriquement le traitement (Dr.A)*

Ces gynécologues considèrent qu'en devenant « poison » le traitement hormonal a fait d'elles des empoisonneuses, des médecins qui prescrivent mal. Si le médicament « incarne » l'expertise et la sollicitude du médecin (van der Geest et Reynolds Whyte, 1996), sa remise en cause semble affaiblir l'image auréolée du praticien. Ces médecins ressentent particulièrement ce jugement de la part des patientes qui arrivent à la ménopause et n'ont pas commencé de thérapie hormonale. N'en ayant pas expérimenté les bénéfices, celles-ci se sont focalisées sur les risques. Deux médecins ajoutent que la nocivité attribuée aux « hormones » s'est étendue aux autres traitements hormonaux, et notamment, aux progestatifs (qui sont notamment prescrits en péri-ménopause) :

*Avec les femmes qu'on suit depuis longtemps et qui étaient déjà sous THS, donc qui en voyaient les bénéfices, non, ça n'a pas tellement changé. Elles en ont parlé et on les a rassurées. [...] Celles qui étaient sous THS, la plupart, elles venaient, elles s'inquiétaient. Moi je leur disais : Ecoutez, arrêtez, voyez ce que ça donne et on en reparle. Et souvent, elles revenaient et on relançait le traitement et là, la confiance, elle était toujours là. Mais celles qui n'étaient pas sous THS, c'est autre chose. Elles viennent, mais elles ont vraiment peur qu'on les empoisonne. Et cette méfiance, je la trouve à l'égard des progestatifs [...] et même je dirais que ça affecte la contraception orale. C'est le refus des hormones, point. D'ailleurs, il y en a qui le disent : je veux pas d'hormones. [...] Je vois beaucoup de femmes maintenant, elles arrivent et je vois...enfin, je le sens, elles minimisent leurs symptômes parce qu'elles ont peur qu'on leur propose un traitement. (Dr E).*

La troisième gynécologue considère que la remise en cause des THS les a placées dans une situation inconfortable, celle de mettre le frein à une pratique dont elles avaient vanté les bénéfices :

*Ah, ça a pas été très facile à gérer quand même. Il faut quand même l'avouer. Il faut être honnête ! Parce que, si vous voulez, au départ, on était assez favorable au traitement, enfin, je veux dire, on les encourageait plutôt à prendre un traitement. Et puis après, celles qui étaient super fanas, au bout de 5 ans, on leur disait, il faut arrêter. Alors, il y avait quand même une certaine incohérence dans notre discours. (Dr I)*

Pour ces médecins, la remise en cause des THS constitue une véritable « révolution dans la gynécologie ». La controverse entourant la publication des études WHI et MWS, qui a fait

l'actualité de tous les congrès de gynécologie depuis l'automne 2002, semble en effet avoir profondément marqué cette profession qui s'est sentie fragilisée et remise en question :

*I : Comment vous le vivez cette situation de controverse autour du THS ?*

*Dr. A : C'est très difficile.*

*I : Vous en parlez à vos collègues ?*

*Dr A : On ne parle que de ça. Vous voyez j'organise des réunions avec les gynécologues du X (nom du département) et bien on ne parlait que de ça. Je pense que c'était devenu tellement critique que j'ai pensé à mettre en place des groupes de paroles pour permettre aux femmes (gynécologues) d'évacuer le mal être qu'elles ont par rapport à cette problématique. J'ai une collègue, elle a même été menacée par une patiente qui voulait l'attaquer parce qu'elle avait un cancer du sein. Enfin, je veux dire la patiente l'a menacée de l'attaquer! Ça va loin. Oui, vraiment, il y a un malaise qui s'exprime dans ces réunions. Et quel que soit le sujet, on revient toujours sur la ménopause.*

Le rapport de confiance établi avec les femmes, qui est aussi un rapport de femme à femme, semble en effet constituer une dimension primordiale du soin mais aussi de l'identité professionnelle des gynécologues médicaux, qui s'est construite autour des traitements hormonaux :

*[...] c'est toute la confiance qu'on avait mis des années à instaurer avec les femmes autour de la contraception qui s'est détruite. Nous, on avait travaillé avec les femmes sur le confort, la qualité de vie autour des pratiques de contraception. Et bien ça, la publication de ces études et surtout ce que les médias en ont fait, ça a tout remis en question. Non, la confiance est rompue (Dr A).*

Une minorité de praticiennes (2) considère que cette « crise de confiance » s'inscrit dans un mouvement plus large de perte de légitimité des professions médicales. Centrale dans la relation qui lie le patient à son médecin, la confiance est comme le souligne un médecin, fragile et doit être continuellement renouvelée. En effet, les remises en causes successives que subit la médecine contribuent à démystifier le savoir médical, permettant à de multiples acteurs d'interférer dans la relation médecin-patient :

*[les études WHI et MWS] ça a semé un doute, sous la pression parfois de l'entourage, d'une fille, d'un fils, ou du mari qui entendait et qui disait : demande à ta gynéco, redemande à ta gynéco. Moi, je suis pas...oui, quand même, ça a semé un doute. Mais n'importe comment, il faut pas rêver, moi je vois l'évolution de la médecine depuis 25 ans*

*que je suis installée. Certes, il y a une confiance, mais elle doit sans arrêt être regagnée. Enfin parfois, la coiffeuse, elles viennent en me disant : ma coiffeuse m'a dit que euh, je devrais pas... enfin bon, après c'est la coiffeuse ! Alors, là aussi, je dis pas que je sois jalouse de la coiffeuse mais elles sont sans arrêt perturbées par des informations et remises en doute sur des informations qui circulent sur n'importe quoi, sur la ménopause mais sur d'autres sujets aussi. (Dr. F)*

#### 6.2.3.4 L'influence croissante de nouveaux acteurs dans la pratique médicale

Pour plusieurs médecins, la « crise » du THS a participé de la prise de conscience de l'influence croissante d'acteurs qui portent atteinte à leur autorité et à leur autonomie d'exercice. Ils décrivent un « marché » médical où leur pouvoir est limité par les mesures politiques, concurrencé par d'autres professionnels et d'autres modèles de prise en charge et où les informations émanent de multiples sources parfois contradictoires.

##### - Les politiques

La majorité des gynécologues a critiqué les recommandations de l'AFSSAPS, considérant qu'elles étaient essentiellement motivées par « *le battage médiatique* » et la crainte du risque médico-légal. Quelques-unes évoquent l'affaire du Distilbène<sup>79</sup> qui aurait, selon elles, incité l'AFSSAPS à une extrême prudence. De plus, les recommandations de l'AFSSAPS sont vécues comme des trahisons « *il faut dire que l'AFSSAPS nous a bien enfoncés. Alors ça, ils nous ont pas trop soutenus* » (Dr.A). Elles sont également dérangeantes parce qu'elles portent atteinte à l'autonomie d'exercice des gynécologues. Plusieurs des médecins souligneront par ailleurs, que cette autonomie est déjà menacée par la politique de réduction des dépenses de santé et la dévalorisation financière des actes gynécologiques les moins techniques. Celle-ci touche particulièrement le gynécologue médical dont la pratique accorde une place importante au relationnel.

<sup>79</sup> Cette hormone de synthèse, censée prévenir les fausses couches, a été prescrite en France jusqu'en 1977 alors qu'elle avait été interdite dès 1971 aux Etats-Unis à la suite de plusieurs études américaines qui montraient que ce médicament pouvait provoquer des cancers et des malformations génitales chez les enfants des femmes traitées. La réaction tardive des autorités sanitaires françaises a été largement critiquée.

- Les experts

Plusieurs des médecins rencontrés critiquent le discours des experts, notamment celui des chercheurs en charge des études américaine et britannique. Certains s'interrogent sur « *la façon dont les études ont été produites* ». Un autre s'étonne que Françoise Clavel, directrice de l'étude française E3N, n'ait pas souligné dans ses communications à la presse, que les traitements prescrits en France, et plus spécifiquement la progestérone micronisée, n'entraînaient pas de sur-risque de cancer :<sup>80</sup>

*[...] qu'il y ait une façon de communiquer les données scientifiques me paraît, qu'il y ait une bonne façon, me paraît important. Et ça n'a pas été fait. Donc, l'article du Monde a le premier, a ressorti encore le risque de cancer confirmé en gras et après en tout petit mais la progestérone micronisée, bla, bla, bla. Alors moi, j'ai été très ennuyée, je me suis posée la question, je me suis dit : mais pourquoi c'est arrivé comme ça. Je ne sais pas mais je me suis posée la question si elle (Françoise Clavel) a peur d'être accusée d'être vendue à l'industrie pharmaceutique ou une certaine industrie d'ailleurs. Celle de la progestérone micronisée. Et comme elle est chercheur, elle est censée être indépendante de toute pression industrielle. Et je pense que peut-être elle a fait ça comme ça. (Dr. F)*

- Les médias

Tous les médecins soulignent le rôle très important que jouent les médias dans la diffusion de l'information médicale mais remarquent que celle-ci est souvent mal comprise des patientes. Ils reprochent aux médias de lancer des modes comme la DHEA<sup>81</sup> et de vanter des traitements qui ne sont pas conseillés, ni accessibles à toutes les femmes. Dans le cas présent, ils considèrent que les articles de presse, souvent simplificateurs, « *ont imprimé le mot cancer* » dans l'esprit des femmes. Plusieurs gynécologues expliquent que leurs patientes leur

<sup>80</sup> Cette réserve s'explique par le fait que l'étude n'avait été conduite que sur 4 ans et que la progestérone micronisée qui ne semble pas présenter de sur-risque de cancer n'est utilisée que par certaines françaises. D'autres traitements, pour lesquels un sur-risque a été mis en évidence sont en effet prescrits en France (Fournier *et al.*, 2005).

<sup>81</sup> Dehydroépiandrosterone (DHEA), précurseur androgénique et oestrogénique. Complément alimentaire autorisé aux Etats-Unis en 1994, la DHEA a fait l'objet d'une intense promotion qui mettait l'accent sur la possibilité grâce à sa consommation de conserver « une jeunesse éternelle ». Aucune preuve d'efficacité formelle n'a été établie, et compte tenu des risques potentiels de cancers hormonaux dépendants et de baisse du cholestérol HDL, l'AFSSAPS ne recommande pas l'utilisation proposée de la DHEA pour la lutte contre le vieillissement. (AFSSAPS, 2001).

apportaient des articles de presse ou leur faisaient part d'informations lues sur Internet.<sup>82</sup> Elles n'apprécient guère cette « intrusion » des médias dans leur pratique soulignant que ceux-ci « *feraient bien de se préoccuper de ce qui les regarde et de nous laisser faire la médecine* » :

*Nous, on est en guerre, enfin, c'est pas le mot parce qu'on est impuissantes, mais je passe un temps fou à redresser les informations, de la télé, des journaux, que ce soit Le Monde ou France Dimanche, enfin, je lis pas France Dimanche, Match ou quoi, parce que les journalistes n'ont pas les moyens de décoder l'information et de la retransmettre honnêtement. [...] c'est pas une question d'être jaloux des journalistes ou autres, mais ils nous sapent notre travail. au sens où ils n'ont pas les outils pour faire la part des choses. C'est très réducteur et Internet, c'est un peu pareil, parce que les messages peuvent passer de manière abrupte et là, je me trouve confrontée, il m'arrive de passer une demi heure à décortiquer un article d'Internet, en consultation, enfin, nous ne sommes pas payés pour cela, donc, pour décortiquer un article, parce que Internet, c'est la bible. Tout ce qui est sur Internet doit par définition être la vérité. Ce à quoi notre exercice de médecin, quand on prend un peu de temps, si on veut écouter les gens, parce que si on ne les écoute pas, si on ne leur explique pas, ils font n'importe quoi. Enfin, moi c'est mon optique, j'y laisse mon temps et des plumes. (Dr F.)*

Plusieurs études ont souligné le rôle important du médecin dans la décision des femmes d'engager ou non une thérapie hormonale (Delanoë, 2001 ; Fauconnier *et al.*, 2000 ; Halbert et Lloyd, 1998) et montré que cet acteur vient souvent en tête dans la hiérarchie des sources d'information sur la ménopause. Avec l'irruption des médias dans le cabinet médical, les gynécologues ont eu le sentiment d'être dépossédées de leur rôle d'informateur privilégié sur la ménopause et la thérapie hormonale.

- Le malaise des gynécologues vis à vis des traitements alternatifs

Tous les médecins ont souligné que la remise en cause de la thérapie hormonale de substitution avait amené les femmes à se tourner vers les traitements alternatifs et plus particulièrement les phytoestrogènes. Plusieurs (7) déplorent le fait que les phytohormones soient présentées par les médias comme le « *nouveau produit miracle* ». A l'exception de la

<sup>82</sup> Aucune des femmes que nous avons rencontrées n'a mentionné avoir recherché sur Internet de l'information sur les traitements hormonaux. Ce type de démarche semble par contre beaucoup plus fréquent chez les femmes qui publient dans les forums. Celles-ci s'échangent notamment des liens vers des sites donnant accès aux différentes études publiées sur les THS.

gynécologue phytothérapeute, qui prescrit essentiellement des phytohormones d'origine alimentaire, les gynécologues se montrent assez, voire très réticentes à conseiller ces produits qui sont disponibles en vente libre et ne sont pas soumis à une autorisation de mise sur le marché (AMM), comme cela est exigé des médicaments. Elles insistent tout particulièrement sur l'absence d'études garantissant l'innocuité de ces produits dont elles signalent la grande diversité. Elles soulignent également l'absence de standardisation des dosages :

*[...] nous n'avons pas d'étude prospective ou randomisée, on n'a rien et on s'appuie sur des travaux fondamentaux et des notions des asiatiques. Mais enfin, j'ai fait faire des dosages d'œstradiols sanguins sous phytoestrogènes et il y avait des taux parfois plus élevés que quand la femme prenait un traitement substitutif simple, enfin traitement hormonal dit de synthèse (Dr. F).*

*I : Est-ce qu'elles vous parlent des phytoestrogènes ?*

*Dr H: Ah, oui ! Et moi aussi je leur en parle.*

*I : Et qu'est-ce que vous en pensez ?*

*Dr H : Je pense qu'il n'y a aucune étude qui a été faite versus cancer du sein et qu'il y a une automédication qui est très, très importante en phytoestrogènes, pour laquelle on est complètement court-circuité parce que toutes les parapharmacies, je les ai pas comptées mais vous avez 20 préparations différentes. Alors, certains (produits) nous sont présentés par des laboratoires et d'autres nous sont jamais présentés. Bon, mais je suis comme tout le monde, je fais mes courses, je regarde. Et quand je regarde, je vois bien. Je vois bien qu'il y a des produits, d'ailleurs que je ne connais pas et il en fleurit tous les mois sur les rayons des parapharmacies ou des pharmacies. Alors, quand on me dit que c'est des plantes, et ben moi je dis que l'opium c'est une plante, que le cannabis c'est une plante, et que même la ciguë c'est une plante. Donc, c'est pas parce que c'est d'origine végétale que c'est complètement anodin.*

Tous les médecins semblent extrêmement sensibles à la logique commerciale qui sous-tend la diffusion des phytoestrogènes alors qu'ils n'ont été que trois à mentionner cette dimension concernant les THS :

*Bien sûr, moi ce qui me dérange, c'est la multitude de produits qui sont balancés sur le marché de manière commerciale. On peut pas me demander moi de prescrire un produit dont on voit la publicité dans les journaux et à la télé. C'est incompatible pour moi. Si on veut effectivement faire un produit, pour un problème de marketing, passer, faire des flash télé, publicité télévision, bon, ben on n'a pas besoin de moi. Moi, je ne cautionne pas ça. C'est pas mon travail ça. C'est le commercial pur. Jamais une publicité ne vous dira que c'est pas inoffensif. Non, c'est toujours écrit en tout petit : en cas de problèmes,*

*consultez votre médecin, et cetera. C'est d'une hypocrisie totale. Donc moi, je ne veux pas cautionner ça. (Dr. H)*

Certaines gynécologues (3) semblent également gênées que la prise de phytoestrogènes relève essentiellement de l'automédication, voire passe par le pharmacien ou d'autres praticiens, et de ce fait leur échappe : « on ne sait plus du tout ce qu'elles font », « Elles ne prennent rien ou elles prennent autre chose mais ça passe pas vraiment par nous », « on est complètement court-circuité ». Même le médecin phytothérapeute explique dans un discours, souvent ponctué de termes techniques, que le recours aux phytohormones ne devrait pas échapper à la surveillance médicale :

*(L'automédication par phytohormones) Non, c'est impossible ! C'est impossible, c'est de la chimie. Avec des petits livres de vulgarisation, elles y arrivent quasiment jamais. Qu'est-ce qu'il faut faire pour les bouffées de chaleur ? En plus, elles peuvent faire des bêtises, en prenant du houblon et de la sauge, elles peuvent obtenir des oestrogénisations de type œstradiol, avec une action sur les récepteurs alpha, ce qui n'est pas souhaitable.*

*I : Et vous n'avez pas de femmes dans votre clientèle qui vont essayer d'elles-mêmes ?*

*G7 : Bien sûr ! Puisque c'est en vente libre. On en parlait d'ailleurs avec une consœur qui est responsable du diplôme de phytothérapie à X, on disait que c'était peut-être pas une bonne chose qu'il y ait des produits hormonaux qui soient en vente sans aucun contrôle. Une femme sous traitement par un autre SERM<sup>83</sup> à cause du cancer du sein, il faut pas qu'elle prenne un autre SERM comme le soja. Ca va entrer en compétition. Enfin, c'est pas... c'est pas simple, c'est quelque chose qui demande des connaissances, comme beaucoup de choses en médecine. C'est pas pour avoir un pouvoir médical que je dis ça. C'est complexe, c'est difficile, on met longtemps à l'apprendre, c'est tout le temps remis en question par de nouvelles connaissances, comme pour tous les autres domaines de la médecine. C'est pas parce que ce sont des plantes que nous sommes dans quelque chose de magique. Voilà, c'est scientifique ! (Dr. G)*

### 6.3 CONCLUSION

La construction représentationnelle de la ménopause et de l'hormonothérapie s'inscrit dans des jeux relationnels impliquant différents acteurs. Les consœurs et la mère constituent des points de comparaison permettant aux femmes d'anticiper et d'évaluer l'expérience de la ménopause. Le conjoint et les enfants sont essentiellement présentés comme des témoins de la ménopause et parfois des destinataires indirects de la prise du THS. Les médias semblent

<sup>83</sup> Selective Estrogen Receptor Modulator (SERM)

également constituer des sources d'information pour les femmes, notamment parce qu'ils contribuent à faire de certains résultats scientifiques des événements médiatiques, comme ce fut le cas pour les études WHI et MWS. Pour beaucoup des femmes rencontrées, le médecin gynécologue semble jouer un rôle essentiel, il valide le statut de ménopause, constitue la source d'information privilégiée sur cet événement et participe activement de l'initiation d'une hormonothérapie.

Les représentations des gynécologues à l'égard de la ménopause insistent très largement sur l'arrêt de la production ovarienne et la notion de « corps à risque ». L'association entre la ménopause et les états dépressifs est également souvent mentionnée. Toutefois, les médecins jugent qu'elle renvoie essentiellement à la difficulté des femmes à négocier ce qui constitue, selon eux, une crise du milieu de vie. Plusieurs gynécologues se démarquent également des modèles qui présentent la ménopause comme marquant la fin de la féminité, de la sexualité et l'entrée dans la vieillesse mais leur discours reste assez ambivalent. Si elles refusent d'associer la ménopause à l'entrée dans la vieillesse, elles considèrent aussi que cette étape de la vie présente un risque sérieux de vieillissement pour les femmes qui ne s'engagent pas activement dans des pratiques d'entretien du corps et de la santé. Globalement, les représentations des gynécologues sont donc assez négatives même si toutes expliquent que l'expérience de la ménopause est une réalité plurielle.

Les représentations des praticiennes à l'égard des traitements hormonaux sont assez homogènes, à l'exception d'une gynécologue phytothérapeute qui est depuis longtemps méfiante à l'égard de ces produits. Les médecins rencontrés insistent très largement sur les bénéfices des THS qui permettent de soulager efficacement et rapidement les troubles du climatère, préviennent des risques d'ostéoporose et offrent une protection symbolique contre le vieillissement. Les entretiens témoignent également du rôle central que joue ce traitement dans la relation avec les patientes ménopausées. Le suivi de la ménopause s'organise autour du THS qui intervient à la fois comme stratégie de fidélisation des patientes, garant d'un suivi gynécologique régulier, comme objet de soulagement matérialisant la capacité d'intervention des médecins, et comme support de communication pendant la consultation. Si les praticiennes reconnaissent que les THS peuvent comporter des effets secondaires (citant

notamment les contre-indications de ces produits), elles considèrent pour la plupart, que les risques mis en évidence par les études WHI et MWS sont exagérés et ne concernent pas la France. Seules trois d'entre elles, dont le médecin phytothérapeute, se déclarent moins surprises par ces études qui confirment des risques déjà connus ou prévisibles. La majorité des gynécologues déclare avoir modifié ses pratiques de prescription depuis la publication des études américaine et britannique. Cette évolution, qui intervient à la suite des recommandations de l'AFSSAPS, semble surtout résulter d'une sensibilité accrue au risque médico-légal.

Plusieurs des médecins rencontrés semblent avoir été très marqués par la controverse entourant la publication des études WHI et MWS. Cet événement médiatique a perturbé la prise en charge de la ménopause à plusieurs égards : en accroissant la pression médico-légale, en confrontant les gynécologues au caractère incertain des normes médicales, en les obligeant à justifier leur prescription auprès de leurs patientes, en les dépossédant (partiellement) de leur principal moyen d'action sur la ménopause et pour certaines, en menaçant la relation de confiance établie avec leurs patientes. Il témoigne de plus, de l'influence croissante d'autres acteurs dans le champ de la santé, qui portent atteinte à l'autonomie d'exercice professionnel. La « crise » professionnelle qu'a suscitée la remise en question des THS est sans doute également révélatrice du caractère identitaire des traitements hormonaux pour cette profession (Löwy et Weisz, 2005).

## CONCLUSION

Cette conclusion dégagera, dans un premier temps, les principaux apports de notre recherche. Elle permettra notamment de revenir sur les éléments structurant les représentations des femmes ménopausées de la génération des baby-boomers et des gynécologues à l'égard de la ménopause et de l'hormonothérapie et de confronter les points de vue de ces deux groupes d'acteurs. Nous montrerons également que ces objets, qui sont interreliés au sein d'un système représentationnel plus large, ne peuvent être appréhendés de manière isolée. Située dans un contexte de remise en question du traitement hormonal, suite à la crise de la WHI, cette recherche a donné l'opportunité de mieux saisir le rapport que les experts et leur vis-à-vis profanes entretiennent avec le risque médicamenteux. Elle a de plus permis d'interroger l'articulation des représentations, des pratiques et des expériences. Cette dernière notion, qui reste peu développée dans la théorie des représentations sociales, semble particulièrement riche et mériterait d'être mieux explorée et opérationnalisée. Peu d'études se sont en effet intéressées à la façon dont la prise de médicaments participe de la construction représentationnelle du traitement mais aussi des affections qu'elle vise à soulager. Le processus de représentations et de pratiques s'inscrit également au centre de nombreuses interactions qui impliquent différents acteurs avec lesquels les femmes interagissent de manière réelle et symbolique.

Dans un second temps, nous soulignerons les limites de ce travail, et plus particulièrement, celles qui ont trait à la construction de notre échantillon, et nous proposerons de nouvelles pistes de recherche.

### 1. PRINCIPAUX APPORTS DE LA RECHERCHE

#### 1.1 Des représentations de la ménopause centrées sur la variation hormonale

Cette recherche a mis en évidence des représentations des médecins à l'égard de la ménopause centrées sur la variation hormonale et sur la notion de « corps à risque ». Le discours des praticiens met en effet très largement l'accent sur les conséquences qu'entraîne la baisse du taux d'œstrogènes sur la santé physiologique et psychologique des femmes. Il témoigne d'une vision plutôt négative de cet événement. Plusieurs des médecins considèrent

aussi que la ménopause constitue une transition identitaire, une crise du milieu de vie que certaines femmes éprouvent de la difficulté à négocier. Tous insistent sur la nécessité de pratiquer un suivi gynécologique régulier de la ménopause. Ils restent très largement favorables à la prescription du traitement hormonal qui permet de soulager les troubles du climatère, améliore la qualité de vie des femmes, prévient le risque d'ostéoporose et les protège d'un vieillissement prématuré.

Ces représentations témoignent d'une certaine évolution par rapport au modèle biomédical décrit dans la littérature. La ménopause n'y est en effet plus présentée comme une pathologie carencielle touchant toutes les femmes ménopausées. De même, la rhétorique de la « fin de la féminité », qui ne semble pas correspondre à la réalité des femmes que rencontrent les médecins, a cédé la place à un discours centré sur le risque de pathologies. Ces résultats concordent largement avec ceux des travaux qualitatifs réalisés en Amérique du Nord, en Grande-Bretagne et en Australie (Liao *et al.*, 1994 ; Massé *et al.*, 2001 ; Murtagh et Hepworth, 2003a). Le soulagement des troubles du climatère et l'amélioration de la qualité de vie semblent toutefois constituer des préoccupations plus importantes pour les gynécologues françaises rencontrées que pour les médecins généralistes<sup>84</sup> de l'étude australienne de Murtagh et Hepworth (2003a). Cette recherche, réalisée depuis la publication de l'étude WHI, soulignait en effet que la prévention de l'ostéoporose constituait le motif principal de prescription du THS.

Les représentations des femmes ménopausées ou en processus de ménopause à l'égard de ce phénomène sont également centrées sur la notion de variation hormonale qui permet d'expliquer les transformations de la ménopause. Nous avons également identifié d'autres éléments qui structurent ces représentations, soit l'arrêt des règles, les conséquences de la ménopause sur la santé, la performance, les émotions, la sexualité, l'image corporelle, et l'inscription dans le processus de vieillissement. Sur la base de ces dimensions nous avons construit une typologie des représentations, repérant dans le discours des femmes cinq façons d'appréhender la ménopause : « la ménopause effacée », « la ménopause contrôlée », « la

---

<sup>84</sup> Echantillon composé d'hommes et de femmes.

ménopause naturelle », « la ménopause fatalité », et « la ménopause transition libératrice », dont nous reprendrons les caractéristiques essentielles.

L'importance accordée par les femmes à la variation hormonale, qui constitue aussi un élément central dans les représentations des médecins, témoigne d'une large diffusion du modèle biomédical de la ménopause auprès des acteurs profanes. L'accent mis sur la baisse de la production hormonale est, selon nous, caractéristique de cette génération du baby-boom qui est beaucoup plus informée sur la ménopause que les générations qui la précèdent et surtout beaucoup plus médicalisée, la grande majorité des femmes françaises étant suivies par un gynécologue. La diffusion et la médiatisation des pratiques d'hormonothérapie ont de plus très certainement contribué à faire de la question hormonale un point central, comme le suggèrent Banks (2002) et Lock (1993).

Par comparaison, l'arrêt des règles, bien qu'il constitue encore l'indicateur principal du statut de ménopause, semble perdre de sa valeur symbolique et n'est plus associé à la fin de la féminité. La plupart des femmes rencontrées estiment en effet que l'identité féminine ne se résume pas à la maternité. Pour elles, il existe une vie hors de la période de fécondité même si la fin de l'âge reproductif constitue pour certaines un marqueur du temps qui passe. Plusieurs femmes semblent de plus considérer qu'il est possible de maîtriser le phénomène des menstruations. Les nouveaux traitements contraceptifs prescrits avant la ménopause permettent en effet d'espacer les règles, voire même de les supprimer. Après la ménopause, il est possible de provoquer artificiellement des saignements menstruels en adoptant un schéma de traitement discontinu, mais peu de femmes le demandent. L'arrêt des menstruations n'a donc plus le même caractère symbolique et irréversible. Il est d'ailleurs généralement vécu par les femmes rencontrées comme la fin d'une contrainte et même comme un soulagement.

Si les références à la variation hormonale sont nombreuses dans le discours des femmes, la signification qu'elles attribuent à ce phénomène est très variable. Certaines l'interprètent comme une évolution physiologique normale, un phénomène naturel et sans conséquences ou presque sur l'organisme et l'existence. Ces femmes, souvent plus scolarisées, s'inscrivent généralement dans la continuité, la ménopause constituant un épisode sans importance. Elles

sont opposées à la médicalisation de cette étape de la vie et du cycle féminin en général, témoignant d'une vision en décalage avec celle des gynécologues. Elles n'ont d'ailleurs pas eu recours au THS ou l'ont interrompu très rapidement, signalant souvent une expérience directe ou indirecte d'effets secondaires associés aux traitements hormonaux (contraceptifs ou THS).

D'autres femmes considèrent au contraire, comme les gynécologues, que la variation du taux d'hormones féminines crée un risque de pathologies diverses pouvant accélérer l'entrée dans le vieillissement. Le sentiment de contrôle sur la variation hormonale varie par contre d'une femme à l'autre. Certaines, dont le discours est très proche de celui des gynécologues, jugent que la baisse du taux d'oestrogènes peut être compensée. Le moyen d'action privilégié est le recours au traitement hormonal de substitution. Ces femmes témoignent de deux types de représentations de la ménopause. Pour les premières, parmi les plus scolarisées, la ménopause constitue un « non événement », elle est « effacée », le traitement ayant permis de prévenir les conséquences associées à la variation hormonale et notamment le risque d'ostéoporose. Pour les secondes, la ménopause est seulement « contrôlée ». Elle constitue un événement temporaire dont la portée est limitée grâce à la prise du THS qui fait disparaître les troubles dont elles ont fait l'expérience. Dans les deux cas, la ménopause ne constitue pas une menace sérieuse à la continuité identitaire, ces femmes n'ayant pas le sentiment d'avoir changé de statut.

A ces trois types de représentations de la ménopause s'ajoutent deux autres types qui correspondent aux femmes pour qui la variation hormonale constitue une évolution irréversible qui ne peut pas être véritablement maîtrisée. Ces femmes, qui rapportent des transformations physiologiques et esthétiques importantes, insistent sur le fait que la ménopause est beaucoup plus qu'un événement biomédical. Elles témoignent, pour la majorité, d'une prise de conscience du vieillissement et semblent plus sensibles à l'arrêt des règles qui marque la fin de la jeunesse et pour quelques-unes de la séduction. Ce « sentiment du vieillir » est associé à d'autres événements se produisant simultanément dans les sphères professionnelle et personnelle (perte de l'emploi, séparation de couple, départ des enfants), que les femmes relient plus ou moins clairement à la ménopause et qui lui donnent sens. La

ménopause est ainsi appréhendée comme une transition, entraînant un « changement de statut » (Glaser et Strauss, 1971). Elle est marquée par une activation de la construction identitaire, entendue comme processus réflexif (Giddens, 1991), que les femmes négocient différemment selon leur trajectoire sociobiographique et les ressources qu'elles peuvent et souhaitent mobiliser (Caradec, 1998 ; Glaser et Strauss, 1971). Certaines, qui témoignent d'un sentiment de contrôle réduit sur le corps et l'existence, vivent la ménopause comme un fatalité féminine à laquelle il est difficile d'échapper et se sentent projetées dans le vieillissement. D'autres, considèrent au contraire que la ménopause constitue une transition libératrice. La rupture qu'elle entraîne les amène en effet à renégocier leurs engagements sociaux et professionnels dans le sens d'une plus grande liberté et d'une plus grande cohérence identitaire.

La compréhension de la signification que revêt la ménopause pour les femmes ne peut donc faire l'économie du contexte sociobiographique dans lequel elle se déroule, comme l'ont souligné Kerisit et Pennec (2001). Dans nos sociétés, la ménopause n'est pas, comme plusieurs autres transitions biographiques, gérée collectivement par des rituels (Giddens, 1991). C'est donc à chaque femme, en fonction de son histoire et de ses ressources, de prendre en charge cette étape. Les gynécologues rencontrées ont également insisté sur ce point, soulignant que la ménopause, qui peut entraîner une crise identitaire, est souvent révélatrice de difficultés rencontrées par les femmes au cours de leur existence. Plusieurs praticiennes rapportent d'ailleurs que l'écoute et le suivi psychologique occupent une place importante dans les consultations de ménopause. Certaines semblent jouer un rôle de « passeur », permettant aux femmes de négocier cette transition avec succès. Le recours au traitement hormonal constitue à ce titre un outil important puisqu'il permet d'alléger les troubles qui, selon les médecins, fragilisent les femmes.

Si l'on replace ces représentations de la ménopause sur un continuum allant d'un pôle positif à un pôle négatif, comme l'a fait Delanoë (2001), il apparaît qu'une minorité des femmes de notre échantillon rapporte une expérience négative ou ambivalente, alors que la majorité envisage cette évolution physiologique de manière assez neutre, considérant qu'elle ne menace pas la continuité identitaire. Ces résultats vont tout à fait dans le sens des études

qualitatives précédentes réalisées dans les pays anglo-saxons (Frey, 1981 ; Greene, 1990 ; Jones, 1994 ; Liao *et al.*, 1994). Les représentations des femmes que nous avons rencontrées semblent toutefois moins éloignées du modèle biomédical que celles des femmes d'Amérique et d'Europe du Nord. La représentation « naturelle » de la ménopause, souvent marquée par le refus de médicalisation de cette étape, ne constitue en effet qu'un des types que nous avons mis en évidence. Pour les autres, si la ménopause constitue un « non événement », ou un événement réversible, c'est grâce au traitement hormonal qui permet d'en prévenir ou d'en contrôler les conséquences. Celui-ci constitue ainsi un élément très important, témoignant d'un resserrement de la construction représentationnelle autour de cette thérapeutique.

Selon Lippman (2004), on assiste actuellement à une « néo-médicalisation » de la santé reproductive des femmes. Les menstruations et, notamment, les premières règles, sont désormais présentées dans le discours de l'industrie pharmaceutique comme un risque qu'il faut contrôler par la prise de traitements hormonaux qui permettent d'espacer, voire de supprimer les menstruations.<sup>85</sup> L'absence de désir sexuel, qualifiée de « trouble sexuel féminin », devient également un phénomène pathologique qui toucherait près de la moitié des femmes mais pourrait être « traité » grâce au « Viagra féminin », un patch à la testostérone (Lippman, 2004).<sup>86</sup> Cette « néo-médicalisation » ne touche pas seulement les femmes ; elle s'inscrit dans une tendance forte de « pharmacologisation » de la vie sociale. Les dysfonctions sexuelles et les troubles psychologiques, notamment ceux des personnes âgées, sont en effet de plus en plus réduits à leur dimension pharmacologique (Collin, 2003 ; Giami, 2004). La médicalisation intervient d'ailleurs souvent à la suite de la mise sur le marché de nouvelles molécules ou de la redéfinition des indications de molécules existantes (Blech, 2005).

Le modèle des représentations de la ménopause que nous proposons complète la typologie élaborée par Delanoë qui avait aussi réalisé son étude auprès de femmes françaises. Deux des

---

<sup>85</sup> Le nouveau traitement contraceptif Seasonale® lancé récemment sur le marché français (il était déjà disponible en Amérique du Nord), permet aux femmes de n'être menstruées que quatre fois par an.

<sup>86</sup> Ce patch (Intrinsa®) qui vise à stimuler le désir sexuel des femmes ménopausées précocement, ne sera pas commercialisé en 2005, comme cela était prévu. Une commission scientifique américaine a demandé de nouvelles évaluations des risques potentiels de cancers associés à la prise prolongée de traitements hormonaux.

types que nous avons identifiés présentent d'ailleurs de fortes similitudes avec ceux de Delanoë, soit ceux de la « ménopause naturelle » et de la « ménopause transition libératrice ». Notre modèle est toutefois différent de par l'accent qu'il met sur la variation hormonale et sur l'hormonothérapie substitutive. Le traitement hormonal participe en effet clairement de la construction des représentations de la ménopause « effacée » et « contrôlée ». Il constitue également un élément à prendre en considération dans la représentation « naturelle » qui ne peut se comprendre qu'en référence à ce traitement, celui-ci étant alors rejeté par les femmes. Si Delanoë souligne l'importance du THS dans sa revue de la littérature sur la construction sociale de la ménopause par la profession médicale, cet élément ne ressort pas clairement dans sa typologie des représentations profanes de ce phénomène. Ces variations sont sans doute à mettre en rapport avec les différences d'échantillonnage existant entre nos deux études. L'échantillon de Delanoë inclut des femmes vivant en zones rurale et urbaine, certaines sont ménopausées tandis que d'autres n'ont pas entamé ce processus.<sup>87</sup> Enfin, toutes n'ont pas (ou n'ont pas eu) d'activité professionnelle. Notre échantillon est plus homogène. Il est composé de femmes urbaines, issues de la génération du baby-boom, ménopausées ou en cours de processus de ménopause et présentes sur le marché du travail. Celles-ci semblent marquées par les valeurs de leur génération. La majorité de nos participantes témoigne d'ailleurs d'un sentiment d'appartenance à cette génération qui s'est impliquée sur le marché du travail, a bénéficié de la diffusion de la contraception et de la légalisation de l'avortement et s'inscrit dans un nouveau rapport au corps. Celui-ci gagne en importance ; il fait l'objet d'une écoute attentive et d'une surveillance permanente dont le développement des technologies médicales accroît la portée (Le Breton, 2003a ; Lipovetsky, 1983). Il ne nous semble donc pas très surprenant que la nécessité de contrôler la ménopause par l'utilisation d'un THS ressorte de manière plus saillante chez nos répondantes.

Notre modèle insiste aussi, beaucoup plus largement que celui de Delanoë, sur les trajectoires sociobiographiques des femmes ; nous soulignons en effet que les représentations de la ménopause sont marquées par les événements qui se produisent simultanément dans les sphères personnelle et professionnelle.

---

<sup>87</sup> Son échantillon est composé de femmes âgées de 40 à 70 ans.

## 1.2 Représentations de la ménopause et rapport au corps

Au cœur des représentations de la ménopause, nous trouvons la question du rapport au corps. Les femmes qui vivent la ménopause comme une « transition libératrice » et celles qui adhèrent à la représentation d'une ménopause « effacée » ou « contrôlée » sont en effet plus nombreuses à témoigner d'une volonté de maîtriser leur destin physiologique et de rester à l'écoute de leur corps. Celui-ci constitue un « alter-ego » (Le Breton, 2003a), qu'elles ont la responsabilité de soigner et d'entretenir. Cette « discipline corporelle active », qui fonctionne à la technique, à la normalisation mais aussi à la séduction, n'est pas vécue de manière coercitive tant elle est intériorisée par les sujets (Foucault, 1975). Elle semble même très rassurante, les femmes acquérant grâce à cet entretien corporel le sentiment d'une certaine maîtrise sur leur corps et sur leur existence. Le discours des femmes qui vivent la ménopause comme une « transition libératrice » semble d'ailleurs indiquer que la reprise en mains de l'existence doit s'accompagner d'une reprise de contrôle sur le corps. Celui-ci est l'une des avenues par lesquelles l'individu peut renouer avec son identité propre (Lipovetsky, 1983).

Les gynécologues rencontrées se situent dans un rapport au corps très similaire. Elles considèrent que le risque de pathologies que génère la variation hormonale est individuel et estiment qu'il est de la responsabilité des femmes de s'engager activement dans des pratiques de gestion et de prévention du vieillissement dont le THS fait partie. Cette responsabilisation des femmes face à leur santé est présentée comme une avenue positive puisqu'elle leur permet de rester actives et de bien vivre leur ménopause. Elle s'inscrit dans une logique de recours croissant aux médicaments et aux services médicaux dont la consommation alimente très probablement les préoccupations à l'égard de la santé (Aïach, 1998 ; Pierret, 2003).

L'adhésion à ce « devoir de prévention » (Pierret, 2003) parmi les femmes qui envisagent la ménopause comme un épisode naturel ou une fatalité est moins évidente. Celles-ci sont en effet plus nombreuses à témoigner d'un désengagement des pratiques de gestion du corps et notamment du contrôle de l'alimentation et des pratiques physiques, jugeant que le vieillissement est inévitable. Il serait intéressant de mieux cerner les différentes dimensions qui permettent d'expliquer ces variations dans le rapport au corps et aux pratiques corporelles. Celui-ci ne semble pas seulement, ni même essentiellement, déterminé par

l'appartenance sociale, contrairement à ce que pourrait suggérer l'étude de Boltanski (1971). Les femmes qui adhèrent à la représentation « naturelle » de la ménopause semblent en effet plus scolarisées, comme l'a également souligné l'étude quantitative de Delanoë (2001a), tout comme celles qui cherchent à effacer cet événement.

### 1.3 Représentations du THS et rapport au risque

Cette recherche visait également à mieux cerner les représentations des femmes et des gynécologues à l'égard de l'hormonothérapie, dans un contexte postérieur à la publication des études Women Health Initiative (WHI) et Million Women Study (MWS), qui ont largement questionné l'innocuité de cette pratique. Ces résultats ont fait l'objet d'une large diffusion médiatique en France. Ils semblent avoir entraîné une transformation assez nette des représentations de quelques unes des femmes rencontrées à l'égard du THS et ont plus généralement, amplifié la méfiance à l'égard de ce traitement. Près de la moitié des femmes rencontrées fait toutefois état d'une représentation positive du THS, qui est caractérisée par une grande stabilité, celles-ci n'ayant pas été sensibles aux « nouveaux » risques associés à l'hormonothérapie. L'évaluation et la gestion des risques du THS varient en effet, selon les femmes, en fonction de leurs représentations de la ménopause et des traitements hormonaux. La qualité de la relation avec le gynécologue semble également moduler la perception des risques.

Pour les femmes qui témoignent d'une représentation positive du THS, celui-ci constitue essentiellement un « objet de soulagement », il permet de repousser la vieillesse et de prévenir les maladies qui lui sont associées et d'assurer une performance continue dans les sphères professionnelle et familiale. Cette dernière fonction du THS apparaissait dans certaines études nord-américaines non dans celle de Delanoë (2001a). Le traitement hormonal de substitution est également envisagé par certaines femmes comme un instrument d'émancipation, permettant d'échapper à l'injustice de la variation hormonale. Ces femmes n'ont pas été inquiétées par les risques attribués au THS et n'ont pas remis en cause leur engagement dans ce traitement. Elles s'inscrivent dans un rapport de confiance avec leur

gynécologue, dont elles reprennent l'intégralité du discours concernant la non applicabilité des résultats des études WHI et MWS au contexte français.

Les femmes qui se montrent plus ambivalentes à l'égard du THS ont pour la plupart fait l'expérience des bénéfices de ce traitement mais considèrent aussi qu'il comporte des risques dont la portée a été amplifiée par les résultats de l'étude WHI. Certaines ont d'ailleurs interrompu leur hormonothérapie mais vivent assez mal le retour des troubles de la ménopause. D'autres poursuivent leur traitement, soulignant que les bénéfices excèdent les risques. D'autres encore semblent assez méfiantes à l'égard de ce traitement mais refusent de le condamner.

Les femmes qui témoignent de représentations négatives à l'égard des THS mettent l'accent sur deux dimensions de ces traitements : leurs effets secondaires toxiques et leur caractère non naturel. Plusieurs adhèrent à la représentation « naturelle » de la ménopause et refusent de médicaliser cette étape. La représentation négative des traitements hormonaux est également souvent associée à l'expérience d'effets secondaires pénibles, tant avec les THS qu'avec les contraceptifs oraux. Pour ces femmes, la publication des études WHI et MWS semble avoir amplifié la méfiance à l'égard des THS, voire même à l'égard de l'ensemble des médicaments et des autorités de santé publique. Pour deux femmes, la remise en question du traitement est plus récente et intervient à la suite de la publication de l'étude WHI. Elle entraîne chez elles l'adoption de nouvelles pratiques de gestion de la ménopause et s'accompagne d'une prise de distance vis à vis du gynécologue.

La médiatisation des risques associés au THS semble avoir provoqué un retour réflexif des femmes sur leur pratique, donnant à certaines d'entre elles l'opportunité de participer de manière plus active à la gestion de leur ménopause. Cette participation prend différentes formes : certaines s'engagent dans des stratégies d'autorégulation (fenêtres thérapeutiques, ajustement du dosage), qui donnent le sentiment de pouvoir maîtriser l'environnement alors que d'autres interrompent leur traitement et décident de recourir à des pratiques alternatives. Ces pratiques exigent un certain apprentissage, elles font intervenir d'autres professionnels et sont l'objet d'échanges plus nombreux entre profanes. Il serait intéressant de voir dans quelle

mesure l'adoption de ces nouveaux traitements, encore trop récente pour les femmes que nous avons rencontrées -qui étaient par ailleurs peu nombreuses à avoir interrompu leur hormonothérapie- est susceptible d'entraîner une évolution des représentations de la ménopause. La publication des études WHI et MWS a également entraîné une remise en question des experts, entraînant une prise de distance à l'égard des prescripteurs. L'analyse de la « crise du THS » confirme ainsi le caractère réflexif du risque, conformément aux thèses soutenues par Beck (2001) et Giddens (1991) à l'effet que la diffusion des savoirs scientifiques favorise la perception profane du risque, entraîne une redéfinition de la relation des individus aux « systèmes experts » et une révision constante de l'engagement dans les pratiques thérapeutiques.

La remise en question du traitement reste toutefois partielle, comme en témoignent les différentes modalités d'évaluation des risques que nous avons repérées. Elle n'a pas affecté les femmes qui insistent sur la qualité de la relation tissée avec le médecin gynécologue. Il semble ainsi, comme l'a souligné Giddens (1991, 1994), que la confiance à l'égard du médecin, point d'accès du système expert, diminue la sensibilité au risque. Or en France, celle-ci semble particulièrement élevée à l'égard des médecins gynécologues qui constituent des interlocuteurs privilégiés pour les femmes à partir de l'adolescence. La dépendance à l'égard du traitement semble également limiter la portée réflexive du risque comme l'ont également souligné Bissel *et al.* (2001) à propos d'une autre thérapeutique. Leur étude, réalisée à la suite de la diffusion d'informations concernant les possibilités d'interactions de la Terfenadine, (un traitement pour le rhume des foins) avec des médicaments et des produits alimentaires courants, montre que les personnes qui jugent que ce traitement leur est indispensable, relativisent les risques qui lui sont associés.

Enfin, la remise en question des experts et des thérapeutiques est peut-être moins généralisée et surtout moins permanente que ne le laissent entendre les analyses de Beck (2001) et de Giddens (1991). L'exemple de la crise du THS semble en effet indiquer que la méfiance à l'égard de ces médicaments a surtout été activée par la médiatisation des études WHI et MWS, qui ont favorisé une « conscience publique accrue du risque » (Beck, 2001). En effet, jusqu'à la publication de l'étude WHI, la confiance à l'égard du THS semblait relativement

élevée. Les participantes qui suivaient un THS au moment de la publication de l'étude WHI avaient d'ailleurs entamé cette thérapie depuis plusieurs années et ne semblaient pas préoccupées par les risques qui lui sont associés. Le traitement avait pourtant déjà fait l'objet de différentes controverses mais celles-ci n'avaient pas suscité en France de préoccupations marquantes.

Les représentations des gynécologues à l'égard du THS sont caractérisées par une grande stabilité, ceux-ci restant pour la plupart largement favorables à ce traitement et à sa prescription. L'attachement des médecins à l'égard de l'hormonothérapie est sans doute à mettre en rapport avec la fonction identitaire qu'elle remplit pour la gynécologie médicale qui s'est développée avec les traitements hormonaux (Löwy et Weisz, 2005). Ces substances jouent de plus un rôle très important au sein de la pratique gynécologique quotidienne. Elles permettent d'attirer et de fidéliser les patientes ménopausées, constituent un moyen d'action efficace sur les troubles de la ménopause et l'ostéoporose et interviennent comme support de communication pendant la consultation, favorisant l'évocation de plaintes plus intimes. Plusieurs travaux ont mis en évidence les fonctions que jouent les médicaments au sein de la pratique médicale (voir notamment Collin, 2003 ; Dupuy, 1982 ; van der Geest et Reynolds Whyte, 2003). Notre recherche semble indiquer que celles-ci se déclinent selon les thérapeutiques et selon les spécialités.

Si les praticiens n'ont pas été très inquiétés par les risques médicamenteux mis en évidence par les études WHI et MWS, ils témoignent par contre d'une sensibilité accrue au risque médico-légal. Les recommandations de l'AFSSAPS et leur médiatisation ont ainsi entraîné des modifications sensibles des pratiques de prescription. Elles ont également rendu le suivi de la ménopause plus complexe, menaçant la relation de confiance établie avec certaines femmes. La controverse entourant la publication de ces études offre également une illustration de l'influence croissante d'autres acteurs (les médias, les politiques, les épidémiologistes) dans la pratique médicale. Ceux-ci portent atteinte à l'autonomie d'exercice professionnel des gynécologues, conformément aux thèses de Beck (2001) et de Giddens (1991).

La progression de la commercialisation des phytoestrogènes vient également faire concurrence aux services des gynécologues. Ces produits échappent en effet très largement au contrôle de ces médecins qui semblent peu à l'aise pour les conseiller, notamment parce qu'ils n'ont pas fait l'objet d'un enregistrement auprès de l'agence du médicament. Une des gynécologues rencontrées, qui était aussi phytothérapeute, nous a toutefois expliqué qu'elle avait fait l'objet, depuis la publication de l'étude WHI, de nombreuses sollicitations de la part de ses collègues. Celles-ci souhaitent acquérir des connaissances sur les phytoestrogènes et leurs modalités de prescription. Il est donc tout à fait envisageable que certains médecins gynécologues cherchent à se réapproprier ces produits qui ont la particularité, comme le THS, de compenser la baisse de la production hormonale. Les traitements alternatifs bénéficient d'ailleurs d'une légitimité croissante auprès des professions médicales (Herzlich, 1986).

#### 1.4 Représentations de la ménopause et pratiques du THS : une relation à double sens

Les femmes qui adhèrent à la représentation de la ménopause « effacée » ou « contrôlée » se sont toutes engagées dans une hormonothérapie qui remplit de multiples fonctions. A l'inverse, celles qui considèrent que la ménopause constitue une étape naturelle sont méfiantes à l'égard de ce traitement qu'elles ont refusé ou interrompu très rapidement. Les femmes qui considèrent la ménopause comme une fatalité ou comme une transition libératrice sont plus ambivalentes : certaines ont essayé le THS mais l'ont interrompu. La représentation de la ménopause et des traitements hormonaux semble ainsi orienter le recours à ces traitements. Toutefois, cette relation n'est pas unidirectionnelle car l'engagement dans une hormonothérapie vient également soutenir les représentations de la ménopause et des THS. L'expérience de l'efficacité du traitement, matérialisée par la disparition ou la non-survenue des troubles associés à la ménopause, semble en effet favoriser la construction d'une représentation positive de ces objets. Elle participe de la compréhension même de la ménopause, validant le modèle selon lequel la variation hormonale crée un risque de pathologies que l'on peut prévenir ou contrôler. A l'inverse, l'expérience d'effets secondaires semble souvent associée à une représentation négative du traitement et à la remise en cause de la médicalisation de la ménopause. La prise du médicament constitue ainsi une étape décisive de son « parcours biographique » (van der Geest et Reynolds Whyte, 1996) activant

la construction représentationnelle du traitement. Elle joue également un rôle essentiel dans la forme que prend le vécu, contribuant à façonner la trajectoire de ménopause, comme l'a souligné Good (1998) à propos de la maladie.

La question de la construction de l'expérience d'une thérapeutique est toutefois complexe. Si l'expérience du traitement participe de la construction représentationnelle de la maladie qu'elle vise à contrôler, les modalités d'interprétation de cette expérience semblent également s'inscrire au sein de cadres socioculturels. On voit ainsi que la gestion des effets secondaires du THS varie en fonction des représentations des femmes à l'égard de ces produits et de la ménopause. Toutes les mauvaises expériences ne reçoivent pas la même réponse. Les répondantes qui considèrent qu'il est possible d'effacer la ménopause, semblent ainsi beaucoup moins sensibles aux effets secondaires du traitement que celles qui adhèrent à la représentation « naturelle ». Une d'entre elles semble même éprouver de la difficulté à les rattacher au THS, estimant qu'ils résultent d'une vulnérabilité personnelle. L'appréciation de l'efficacité médicamenteuse semble ainsi largement déterminée par les attentes des individus à l'égard des thérapeutiques (Faizang, 2001). On se situe ainsi dans un modèle où représentations et pratiques s'engendrent mutuellement (Abric, 1994b) et où l'expérience du traitement semble intervenir comme médiateur entre la représentation et la pratique.

Pour les femmes qui adhèrent à la représentation de la ménopause « contrôlée » ou « effacée », la pratique du THS, qui soulage les troubles du climatère et protège du vieillissement, semble très largement « constitutive » (Garnier *et al.*, 2000) d'une représentation positive de cette étape de la vie. D'autres études ont mis en évidence l'impact du développement de certaines thérapeutiques sur les représentations des maladies qu'elles visent à contrôler. La disponibilité des anti-rétroviraux semble ainsi avoir entraîné une évolution des représentations du VIH/SIDA, le diagnostic de séropositivité n'étant de ce fait plus synonyme d'une mort annoncée. La disponibilité des nouveaux traitements semble également avoir modifié les perceptions du risque et les pratiques de protection chez les femmes et leurs partenaires, comme l'a souligné une étude sur l'expérience des femmes montréalaises d'origine africaine et antillaise vivant avec le VIH (Levy *et al.*, 2004).

### 1.5 La ménopause, un objet situé au sein d'un « système représentationnel »

Notre analyse met en évidence une connexion entre les représentations des femmes à l'égard de la ménopause et des traitements hormonaux. Les femmes qui adhèrent à la représentation de la ménopause « effacée » ou « contrôlée » sont ainsi nombreuses à témoigner de représentations positives des traitements hormonaux. A l'inverse, celles pour qui la ménopause constitue une étape naturelle considèrent toutes que le traitement hormonal est toxique et peu naturel. Le sens similaire de la relation semble indiquer que la ménopause et le traitement hormonal sont des « objets » reliés au sein d'un même « système représentationnel » (Garnier, 1999). Plusieurs auteurs ont d'ailleurs souligné que le modèle biomédical de la ménopause s'était largement construit avec le développement de l'hormonothérapie (Delanoë, 2001a ; Lock, 1993).

Notre analyse a permis de repérer d'autres objets au sein de ce système représentationnel. Nous avons en outre mis en évidence différentes articulations entre ces éléments selon les représentations de la ménopause et des traitements hormonaux. Plusieurs des représentations positives du THS semblent ainsi associées à une conception du corps comme un donné que l'on peut et doit maîtriser. Les représentations du traitement hormonal semblent également s'inscrire dans un rapport plus général au médicament. Les femmes qui refusent l'hormonothérapie sont ainsi plus méfiantes à l'égard des médicaments, préférant utiliser des traitements « naturels ». Le fait que la remise en question des THS rejaille sur les représentations plus générales des médicaments confirme d'ailleurs cette articulation. Le médecin gynécologue, point d'entrée du système expert, incarnant la rationalité scientifico-technique, constitue un autre élément au sein de ce système représentationnel. Les femmes qui envisagent leur gynécologue sous la figure de l'expert attentionné en qui elles ont confiance, témoignent ainsi d'une représentation des THS plus positive et surtout plus stable. Elles semblent moins sensibles aux risques que présentent ces traitements, jugeant qu'ils sont bien gérés par les praticiens. Enfin, les représentations de la ménopause semblent témoigner d'un rapport spécifique au processus de vieillissement.

Il semble ainsi difficile de saisir les représentations de la ménopause sans faire référence aux autres représentations qu'elles véhiculent (entre autres, celles du corps, des traitements, des

thérapeutes, du processus de vieillissement). Les objets relatifs au corps et à la santé, semblent en effet caractérisés par un niveau plus élevé de complexité (Garnier 1999). La nature des relations entre la ménopause et ces autres composantes de l'univers de la santé mériterait toutefois d'être approfondie.

#### 1.6 L'expérience : une notion qui reste à explorer

Lorsqu'on interroge les femmes sur leurs représentations de la ménopause et des traitements hormonaux, celles-ci font presque immédiatement référence à leur vécu. C'est donc à partir de récits d'expérience que nous avons saisi les représentations de la ménopause et des traitements hormonaux, cherchant à dégager des référents communs et des divergences dans les discours. Cette méthode n'est pas sans poser le problème du moment de capture de l'expérience. Malgré la proximité d'âge des femmes rencontrées, celles-ci se situaient à différentes étapes du processus de ménopause. La plupart étaient ménopausées depuis plusieurs années mais deux étaient encore en péri-ménopause. Or, la littérature (voir par exemple Bannister, 1999) laisse supposer que l'expérience de la ménopause évolue avec le temps. On peut notamment imaginer que la péri-ménopause et la mise en route d'un traitement soient marquées par des expériences assez fluctuantes et constituent, de ce fait, des périodes pendant lesquelles le processus de construction représentationnelle est particulièrement activé. Interrogeant des femmes qui suivaient une hormonothérapie depuis plusieurs années, nous n'avons pas été en mesure de saisir cette phase d'apprentissage et avons eu le sentiment d'observer une certaine cristallisation des expériences. Il serait sans doute intéressant de recueillir des récits d'expérience de ménopause dans une perspective longitudinale afin d'essayer de comprendre leur dynamique et de saisir l'influence des différents interlocuteurs des femmes au fur et à mesure de l'avancée de celles-ci dans le processus de ménopause et de leur recours à différentes thérapeutiques.

Les anthropologues qui ont travaillé sur la notion d'expérience, et notamment l'expérience de la maladie, soulignent que celle-ci se présente sous une forme narrative. Ils insistent aussi sur le fait que ce récit participe de la construction même de l'expérience (Hyden, 1997, Good, 1998, Turner et Bruner, 1986). C'est en effet au travers de l'histoire que les femmes racontent

(et se racontent) de leur ménopause que celle-ci prend sens, que les différents moments qui la constituent s'articulent entre eux, qu'elle est ou non associée à d'autres événements de l'existence, qu'elle est mise « sous contrôle », qu'une issue est envisagée ou qu'elle reste au contraire un « récit inachevé » (Good, 1988). Cette mise en intrigue (Kleinman, 1988) permet aux femmes de s'approprier la ménopause au fur et à mesure de leur avancée dans ce processus. La narration constitue en effet une construction sans cesse renouvelée qui évolue avec le temps et au fur et à mesure que s'accumulent les expériences. Elle est également déterminée par le contexte dans lequel elle est produite et, notamment, par les contraintes que pose la situation d'interaction. Le récit des femmes dans le cabinet du gynécologue n'est sans doute pas le même que celui qu'elle livre à leurs consœurs. Chaque nouveau récit est l'occasion d'adopter une autre perspective, il permet une relecture de l'expérience (Bruner et Truner, 1986). Il semble ainsi utile, et même nécessaire, de prendre en compte ce discours sur l'expérience, d'en saisir la dynamique. Il permet en effet d'introduire une temporalité dans la notion de représentation qui reste, selon Laplantine (Levy et Laplantine, 2002, p. 144, 152-153), un concept un peu trop statique. Cette notion constitue en effet « une tentation de stabilisation du langage » et du sens alors qu'ils sont des « processus en devenir », produits d'un « métissage », d'une rencontre de « plusieurs mémoires et de plusieurs imaginaires ». Travailler sur la narration d'expérience permettrait de plus d'affiner la compréhension du processus de construction représentationnelle.

La notion d'expérience reste toutefois à creuser et à opérationnaliser. Comment exploiter les récits d'expérience ? Comment saisir cette fluctuation des significations ? Ricoeur (1983) insiste sur la nécessité de s'attarder sur le langage qui participe de la structuration du récit. On pourrait ainsi comparer les champs sémantiques propres à chacun des discours, qu'ils émanent d'individus différents ou du même individu situé à des temps différents ou dans des situations d'interaction variées. Puisque la mise en intrigue est une caractéristique importante de la narration de l'expérience, il serait sans doute également intéressant de dégager et de comparer les points d'articulation des récits, de saisir l'évolution de ces articulations dans le temps et de comparer la structure des récits de ménopause à celle d'autres narrations portant sur le cycle reproductif féminin ou la maladie.

### 1.7 Resituer les représentations du THS au sein de la « chaîne du médicament »

Nous avons montré que certains acteurs intervenaient à divers degrés dans le processus de construction des représentations de la ménopause et des pratiques qui l'entourent. Dans le cadre de cette recherche, l'accent a été mis sur l'un d'entre eux : le médecin gynécologue. Celui-ci constitue, à la ménopause, une ressource très importante pour la grande majorité des femmes rencontrées, comme l'ont également souligné d'autres études (Clark *et al.*, 2003 ; Ringa *et al.*, 2004). Il valide le statut de ménopause, constitue la source privilégiée d'information sur cet événement et semble jouer un rôle très actif dans l'initiation de la thérapie hormonale. En France, le suivi gynécologique des femmes (prescription de traitements hormonaux, dépistage des cancers et des infections sexuellement transmissibles) et la prise en charge de la ménopause sont largement du ressort de la gynécologie médicale (Löwy et Weisz, 2005 ; Ringa *et al.*, 2004), spécialité presque qu'exclusivement féminine, tandis que l'obstétrique et les actes chirurgicaux relèvent de la gynécologie obstétrique. Cette première spécialité, qui accorde une place importante à l'écoute et au relationnel et qui s'est largement associée au mouvement des femmes, jouit d'une côte de popularité élevée auprès des patientes. La relation des femmes à l'égard de ces praticiens, qui partagent le même statut de genre et souvent de génération, semble s'inscrire dans un rapport de reconnaissance qui renforce la caution du savoir expert. Elle est également basée sur la familiarité de cette pratique (le gynécologue médical étant un praticien que beaucoup de femmes consultent depuis leur première grossesse), et sur la confiance à l'égard du praticien. Pour les femmes les plus scolarisées, s'ajoute une proximité sociale qui renforce encore la relation.

Les consœurs constituent également une ressource importante, notamment comme point de référence sur l'expérience de la ménopause. Elles sont également sollicitées par les femmes qui décident d'adopter des traitements « naturels ». La demande d'information sur les traitements hormonaux reste toutefois limitée, les femmes que nous avons rencontrées ne semblant pas vouloir s'aventurer sur ce terrain qui relève, selon elles, de la compétence médicale. Les échanges sur les traitements hormonaux occupent par contre une place très importante dans les forums que nous avons consultés sur Internet. Les femmes qui y contribuent comparent leur traitement, partagent leur expérience des effets primaires et secondaires des THS, mais aussi d'autres traitements alternatifs. Elles recommandent des

noms de médicaments, s'échangent des informations sur les dosages, témoignant d'une plus grande autonomie face à la prescription et d'un autre rapport à l'autorité médicale. Il semble même probable que la participation au forum contribue à accroître ce sentiment d'autonomie face aux experts, comme l'ont souligné Akrich et Meadel (2002).

Les femmes que nous avons rencontrées réfèrent également à l'héritage génétique et à l'expérience de leur mère. L'influence de cet acteur pose la question de la transmission intergénérationnelle des expériences corporelles, que nous avons peu creusée ici mais qui mériterait d'être explorée. En effet, plusieurs des femmes qui témoignaient d'une représentation naturelle de la ménopause rapportaient une expérience positive de leur mère. A l'inverse, l'expérience négative de cette dernière ou l'incapacité d'échanger sur ce sujet ont été plus largement évoquées par les femmes qui vivent la ménopause comme une fatalité.

Le conjoint et les enfants étaient peu mentionnés par les femmes rencontrées, sans doute parce qu'ils interviennent rarement comme source d'information sur la ménopause. Leur rôle semble pourtant très important, parce qu'ils constituent des témoins actifs des transformations de la ménopause et contribuent à leur donner sens. Les membres de la famille, qui selon certaines femmes de notre étude, subissent les variations d'humeur qu'occasionne la ménopause, semblent de plus constituer des destinataires indirects de la prise du THS, comme l'a également souligné la littérature nord-américaine, (Légaré *et al.*, 2000 ; Marmoreo *et al.*, 1998). Leur rôle dans la construction de la ménopause nous a toutefois semblé plus difficile à saisir parce que le discours des femmes sur la participation et les réactions de l'entourage familial au processus de ménopause n'est pas très explicite. Il serait sans doute utile d'envisager une approche monographique incluant notamment les femmes, leur conjoint et leurs enfants. Cette perspective méthodologique que Drulhe (1994) recommande pour les recherches sur la signification du vieillissement qui constitue un « ordre négocié » permettrait peut-être de mieux saisir en quoi la famille, sa configuration et la place symbolique que lui accordent les femmes, orientent la façon de vivre et de se représenter la ménopause et son traitement.

D'autres acteurs que nous avons évoqués ici de manière beaucoup plus ponctuelle semblent également influencer le processus de construction représentationnelle de la ménopause et de

l'hormonothérapie. Les femmes sont en effet en contact avec d'autres praticiens que le gynécologue, notamment les médecins généralistes dont le discours semblait, à première vue, moins favorable au THS. Quelques-unes ont également trouvé de l'information sur la ménopause et les traitements disponibles auprès de professionnels comme les infirmières, les pharmaciens ou encore, les praticiens alternatifs. Dans les forums que nous avons consultés, les femmes mentionnent également les laboratoires de recherche, les autorités de santé publique et l'industrie pharmaceutique avec lesquels elles ne sont pas en contact direct mais dont le discours et les actions sont retransmis par les médias. Il semble ainsi que les représentations des femmes à l'égard des THS portent la marque de plusieurs des intervenants de la « chaîne du médicament » (Garnier, 2003). Notre situation d'enquête portait sur des acteurs qui se situent au bout de la chaîne, soit le médecin, les patientes et l'entourage. Mais il serait sans doute nécessaire de prendre en compte l'ensemble des acteurs avec lesquels les femmes entretiennent des interactions symboliques. L'approche de la « chaîne du médicament », qui met l'accent sur le parcours des thérapeutiques depuis leur production jusqu'à leur prescription et leur consommation, permet de le faire parce qu'elle va au-delà d'une vision séquentielle. Garnier (2003) montre en effet que « les acteurs [...], qui y prennent place vivent dans une grande interdépendance qui déborde cette linéarité » (p. 229). Cette approche, qui suppose de multiples va-et-vient entre les différents intervenants de la chaîne mais aussi entre les niveaux d'analyse macro et microsociologiques, permettrait de plus, de saisir les enjeux dont la ménopause et l'hormonothérapie sont l'objet.

## 2. LIMITES ET AUTRES PISTES DE RECHERCHE

Notre recherche souffre de certaines limites liées notamment à la construction de l'échantillon. Elle a en effet porté sur des femmes actives et urbaines et d'origine française. Il serait intéressant de considérer des femmes de profils différents (d'origine rurale, par exemple) et notamment d'origine culturelle variée. Les études réalisées au Maroc (Guessous, 2000) et au Cameroun (Abega et Vernazza-Licht, 2002) laissent en effet supposer que les représentations des femmes issues de ces cultures sont différentes. Mais qu'en est-il lorsqu'elles vivent en France ? Comment l'expérience migratoire et le contexte de soins influent-ils sur la construction de cet événement ? A ce titre, il serait également très riche

d'envisager des études comparatives au sein du monde occidental, et notamment en Europe. Notre étude a montré que la spécificité française de la gynécologie médicale, que l'on ne retrouve pas dans les autres pays européens, à l'exception du Portugal, semble influencer les représentations des femmes à l'égard de ces produits.

Notre recherche portait spécifiquement sur des femmes de la génération du baby-boom. Celles-ci semblent avoir été marquées par la diffusion des pratiques de contraception largement associées à l'émancipation féminine. Bajos (2004) semble toutefois indiquer que le rapport à la contraception des femmes plus jeunes est différent. Celles-ci semblent beaucoup plus sensibles aux aspects toxiques de ces produits. Elles considèrent surtout qu'ils représentent une contrainte qu'en vertu d'une plus grande égalité hommes/femmes elles ne souhaitent pas assumer. Il serait intéressant de voir, dans une perspective de recherche future, si, à l'âge de la ménopause, elles témoigneront également d'un rapport différent au THS.

Nous avons par ailleurs remarqué que les contributions des femmes sur Internet semblaient traduire un autre rapport à l'autorité médicale et aux médicaments qu'il serait très intéressant d'explorer. Il serait ainsi possible de mener une analyse des contributions publiées sur les forums mais aussi de contacter des participantes et de leur soumettre un questionnaire. Les femmes qui échangent via Internet semblent en effet différentes de celles que nous avons rencontrées et il serait utile de mieux cerner leurs représentations de la ménopause et de l'hormonothérapie et leur profil sociodémographique.

Nous avons limité notre champ d'étude à l'hormonothérapie de substitution. Mais les femmes peuvent également recourir aux phytoestrogènes, que nous avons ponctuellement évoqués, à l'homéopathie et à d'autres pratiques de gestion du corps dont le registre et la signification restent à explorer. Il serait notamment intéressant de comprendre les fonctions que jouent ces produits pour les femmes qui les utilisent et de cerner leurs représentations de la ménopause.

Notre recherche exploratoire a uniquement mis l'accent sur les femmes gynécologues. On peut se demander si les représentations des gynécologues hommes à l'égard de la ménopause et des THS seraient très différentes et si l'opposition de genre influe sur la qualité de la

relation des femmes à leur praticien. Il conviendrait également, comme nous l'avons déjà souligné dans la section précédente, d'explorer plus en profondeur le rôle de l'entourage et d'autres acteurs de la « chaîne du médicament », notamment les médias, les praticiens alternatifs, les pharmaciens et les généralistes.

Ainsi, les représentations et les expériences de la ménopause, parce qu'elles renvoient au rapport des femmes au corps, à la santé, au vieillissement, au médicament, au thérapeute, à l'institution médicale, et à l'entourage, ouvrent de multiples pistes de recherche. Elles témoignent plus généralement de l'inscription des femmes dans l'ordre social et constituent de bons indicateurs de leur statut dans une société (Héritier, 1996). A ce titre, l'entrée massive des femmes baby-boomers sur le marché du travail et la diffusion de la contraception, constituent des facteurs de dynamisme social. Elles ont entraîné, même si les inégalités entre les sexes persistent, un affranchissement progressif des femmes par rapport aux rôles traditionnels (Héritier, 2004). Cette transformation des « rapports sociaux de sexe » (Devreux, 2001) modifie du même coup le processus d'appréhension du vieillissement féminin et notamment de la ménopause, les femmes n'étant plus systématiquement disqualifiées dès lors qu'elles sont privées de leur capacité de reproduction. Cette transformation s'est accompagnée d'une médicalisation croissante de la santé des femmes et s'inscrit dans une logique marchande de mise à disposition de traitements hormonaux, dont la consommation n'est pas sans impact sur la définition sociale des âges. Ces traitements permettent en effet d'intervenir aux différentes étapes du cycle reproductif, afin de les raccourcir ou de les prolonger (Lippman, 2004), faisant du temps physiologique féminin une donnée malléable. Il serait nécessaire de mieux cerner les enjeux sociaux, économiques et symboliques que pose la diffusion de ces thérapeutiques et d'évaluer ses conséquences pour la santé des femmes.

L'appréhension de la ménopause comme repère de l'avance en âge, interroge également le rapport au processus de vieillissement. Dans les sociétés occidentales, qui acceptent difficilement de vieillir, la volonté d'effacer ou de prévenir les marques du temps sur le corps s'inscrit dans un refus de la différence et plus généralement dans le refoulement de la mort, « altérité absolue » (Le Breton, 2003). Le corps vieillissant, « évocateur d'une mort qui fait

son chemin », dérange parce qu'il va à l'encontre des valeurs de vitesse, de jeunesse et de vitalité propres à la modernité, et surtout, parce qu'il place le sujet sous sa dépendance (Le Breton, 2003, p. 146). Il est aussi source d'exclusion ; les nouveaux modèles du vieillissement obéissent à des processus normatifs très forts et peinent à envisager la vieillesse autrement que sous la figure du jeune retraité dynamique ou de la dépendance. Largement centrés sur le prolongement de l'activité et l'individualisation de la prévention des maladies et du vieillissement, ces représentations ne reconnaissent guère la multiplicité des formes du vieillir. Elles n'offrent pas non plus beaucoup de voies pour penser les rapports sociaux, notamment les rapports amoureux qui s'accommodent encore assez mal des corps vieillissants, ou les rapports intergénérationnels qui semblent marqués par les stéréotypes réciproques des générations (Puijalon et Trincaz, 1999).

Le poids des modèles sociaux et culturels ne doit toutefois pas faire oublier que les femmes restent actrices dans leur rapport à la ménopause et au vieillissement et bénéficient, de ce fait, d'une certaine marge de négociation dans la construction de ces objets et dans l'adoption de pratiques. La ménopause constitue ainsi un carrefour privilégié pour comprendre l'arrimage entre les processus biologiques, relationnels, personnels, culturels et biomédicaux.

## APPENDICE A

### GRILLE D'ENTRETIEN DES FEMMES BABY-BOOMERS

<b>Partie 1 : La trajectoire des femmes</b>	
Parcours des femmes et rapport au travail et à la retraite	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pour commencer, est-ce que vous pourriez me parler un petit peu de vous, où êtes-vous née, où avez-vous grandi, comment êtes-vous arrivée à Toulouse ?</li><li>- A quel âge avez-vous commencé à travailler ? Pouvez-vous me parler des emplois que vous avez occupés ?</li><li>- Est-ce que vous travaillez actuellement ? Que représente pour vous cet emploi ?</li><li>- Comment envisagez-vous la retraite ?</li></ul>
Identification des « autres significatifs »	<ul style="list-style-type: none"><li>- Quelles sont les personnes importantes dans votre vie ?</li><li>- <u>Pour celles qui ont un conjoint</u> : Comment envisagez-vous sa retraite ?</li></ul>
Transition des 50 ans	<ul style="list-style-type: none"><li>- Est-ce qu'il y a eu des transformations, des événements importants dans votre vie depuis une dizaine d'années ?</li><li>- Comment avez-vous vécu le fait d'avoir 50 ans ?</li><li>- Quelles transformations avez-vous remarqué au niveau du corps depuis 10 ans ? Comment les vivez-vous ?</li><li>- Comment vous vous sentez dans votre corps en ce moment ? Comment évaluez-vous votre état de santé ?</li></ul>

<b>Partie 2 : La ménopause</b>	
Expérience et représentations de la ménopause	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que vous êtes ménopausée ? A quel âge avez-vous été ménopausée ?</li> <li>- Que représente pour vous la ménopause ?</li> <li>- Que représente-t-elle pour les femmes selon vous ?</li> <li>- Qu'est-ce qui se passe au niveau biologique selon vous à la ménopause ?</li> <li>- Avez remarqué des transformations à la ménopause ? Lesquelles ?</li> <li>- Comment les avez vous vécues ?</li> <li>- Comment avez-vous vécu l'arrêt des règles ?</li> <li>- Est-ce que vous avez recherché de l'information sur la ménopause ? Où ?</li> <li>- Est-ce que vous en avez parlé à d'autres personnes ? Lesquelles ?</li> <li>- Est-ce que d'autres personnes vous ont fait des commentaires sur les transformations qui accompagnent la ménopause ?</li> <li>- Est-ce que la ménopause a eu un impact sur votre vie professionnelle ? sur votre vie sociale ?</li> <li>- Est-ce qu'elle a modifié quelque chose au niveau de la sexualité pour vous ?</li> <li>- Comment voyez-vous évoluer votre sexualité à l'avenir ?</li> <li>- Est-ce que d'être ménopausée vous a donné le sentiment de vieillir ?</li> </ul>
Expérience de la ménopause et du vieillissement des femmes de l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment vivez-vous ou avez-vous vécu le vieillissement de votre mère ?</li> <li>- Et votre mère comment vit-elle ou a-t-elle vécu son vieillissement ?</li> <li>- Est-ce que vous avez l'impression que vous allez vieillir comme elle ?</li> <li>- Comment a-t-elle vécu sa ménopause ? Est-ce que vous en avez parlé avec elle ?</li> <li>- Et les femmes de votre entourage, comment vivent-elles leur vieillissement ? Comment vivent-elles la ménopause ? Parlez-vous de la ménopause avec des femmes dans votre entourage ?</li> <li>- Comment vous situez-vous par rapport aux femmes de votre génération ? Avez-vous le sentiment d'appartenir à une génération particulière ?</li> <li>- Vous sentez-vous plus proche de vos parents ou de vos enfants ?</li> </ul>
Rapport aux modèles corporels féminins	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que pensez-vous des modèles féminins que l'on trouve dans les revues féminines et dans la publicité ?</li> <li>- Que pensez-vous de l'image des femmes de 50 à 60 ans dans les médias ?</li> <li>- Est-ce que vous vous y reconnaissez ?</li> </ul>

<b>Partie 3 : La gestion de la ménopause</b>	
Modalités de gestion de la ménopause	- Par rapport aux symptômes dont vous avez parlés, est-ce que vous avez fait quelque chose ?
Le suivi médical de la ménopause, la relation patient médecin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que vous avez consulté un médecin au moment de la ménopause ? Quel médecin ?</li> <li>- Que vous a-t-il dit sur la ménopause ?</li> <li>- Comment décririez-vous la relation que vous avez avec lui/elle ?</li> <li>- Depuis quand consultez-vous ce médecin ? A quelle fréquence le voyez-vous ? Pour quels types de soins ?</li> <li>- Est-ce que vous avez le sentiment de pouvoir poser les questions qui vous préoccupent, d'être bien informée ?</li> <li>- Est-ce que vous avez le sentiment que les problèmes que vous rapportez sont entendus ?</li> </ul>
L'hormonothérapie	- Est-ce que vous prenez un traitement hormonal substitutif ?
<u>Motivations du recours</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'est-ce que ça vous apporte ? Quels effets constatez-vous ?</li> <li>- Depuis combien de temps suivez vous ce traitement ? Et pendant combien de temps encore ? Y a-t-il eu des changements de prescription ?</li> <li>- Qu'est-ce qui vous a motivé à prendre un THS ? Est-ce que vous vous rappelez de la consultation où il a été mis en route ? Que vous avait dit le médecin au sujet de ce traitement ?</li> <li>- Est-ce que vous parlez du traitement hormonal avec votre conjoint, vos enfants, votre mère, des femmes de votre entourage ? Qu'est-ce qui est dit ?</li> <li>- Les femmes de votre entourage suivent-elles un traitement ? En sont-elles satisfaites ?</li> <li>- Quel type de traitement prenez vous ? Le supportez-vous bien ? Où le rangez-vous ?</li> </ul>
<u>Motivations du non recours</u>	- Qu'est-ce qui a motivé votre décision de ne pas suivre un traitement hormonal ?
La contraception	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que vous avez utilisé un moyen de contraception au cours de votre vie ? Lequel, combien de temps ?</li> <li>- Que pensez-vous de la pilule contraceptive ?</li> </ul>
Les traitements alternatifs	- Que pensez-vous des traitements au soja, de l'homéopathie au moment de la ménopause ? Est-ce que vous avez envisagé/essayé ces traitements ?
La controverse entourant les traitements hormonaux de substitution	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que vous avez entendu parler de la controverse qu'il y a eu autour du traitement hormonal ? De quelle manière ?</li> <li>- Qu'est-ce que ça vous a fait ?</li> <li>- Est-ce que vous en avez parlé avec votre médecin ? Est-ce qu'il vous en a parlé ?</li> <li>- Est-ce que vous avez changé quelque chose dans votre traitement depuis que ces études ont été publiées ?</li> </ul>

<b>Partie 4 : Les autres pratiques de gestion du vieillissement</b>	
Le maquillage	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que vous vous maquillez ?</li> <li>- Tous les jours ?</li> <li>- Quelle partie du visage ?</li> <li>- Est-ce que c'est important</li> <li>- Est-ce que votre maquillage a évolué depuis 10 ans ?</li> </ul>
Les soins de la peau	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels soins de la peau faites vous ?</li> <li>- Est-ce que vous utilisez une crème anti-rides ?</li> <li>- Est-ce que vous êtes préoccupée par les rides ?</li> </ul>
Les soins des cheveux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels soins des cheveux faites-vous ?</li> <li>- A quelle fréquence allez-vous chez le coiffeur ?</li> <li>- Est-ce que cette fréquence a évolué ?</li> <li>- La nature de vos cheveux a-t-elle évolué ?</li> <li>- Quelle est l'importance de la coiffure pour vous ?</li> </ul>
La chirurgie esthétique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que pensez-vous de la chirurgie esthétique ?</li> <li>- Y avez-vous eu recours ? Avez-vous envisagé de le faire ?</li> <li>- Que pensez vous des femmes qui y recourent ?</li> </ul>
Pratiques physiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pratiquez-vous une activité physique ?</li> <li>- Laquelle ? Depuis combien de temps ? A quelle fréquence ?</li> <li>- Est-ce que cette fréquence a évolué ?</li> <li>- Qu'est-ce que ça vous apporte ?</li> <li>- Est-ce que vous vous engagez dans des pratiques de relaxation ? de méditation ?</li> </ul>
Alimentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quel est votre rapport à l'alimentation ?</li> <li>- Est-ce que vous faites attention à ce que vous mangez ? De quelle manière ?</li> <li>- Est-ce que votre alimentation a évolué ? De quelle manière ?</li> </ul>
Le suivi médical général	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A l'exception du médecin dont nous avons parlé, êtes-vous suivie par d'autres médecins ?</li> <li>- Lesquels et pour quelles préoccupations ?</li> <li>- Est-ce que vous êtes satisfaite de la relation que vous avez avec ces médecins ?</li> <li>- Est-ce que vous êtes suivie par un thérapeute, un psychologue, un psychiatre ?</li> </ul>
Les médicaments	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que vous prenez des médicaments ?</li> <li>- Lesquels ? Pour quelles indications ? Depuis quand ?</li> <li>- Que pensez-vous des médicaments en général ?</li> <li>- Prenez-vous des compléments alimentaires, des vitamines, d'autres remèdes ? Lesquels ? Pour quelles indications ?</li> <li>- Que pensez-vous de ces produits ? Qui vous les a conseillés</li> </ul>

## APPENDICE B

### GRILLE D'ENTRETIEN DES GYNECOLOGUES

<p>La définition de la ménopause, de ses conséquences</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quel est le processus à l'œuvre au moment de la ménopause</li> <li>- Quelles sont les conséquences de la ménopause pour les femmes selon vous ?               <ul style="list-style-type: none"> <li>- au niveau physiologique ?</li> <li>- au niveau psychique ?</li> <li>- au niveau social et concernant leur place dans la société ?</li> </ul> </li> </ul>
<p>L'expérience de la ménopause rapportée par les femmes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont les préoccupations que rapportent vos patientes qui arrivent à la ménopause ?</li> <li>- Est-ce qu'elles vous parlent d'un impact de la ménopause sur la relation avec leur conjoint ? sur leur sexualité.</li> <li>- Est-ce qu'elles font référence à l'expérience de leur mère, à l'expérience de femmes de leur entourage ?</li> </ul>
<p>L'information des femmes sur la ménopause</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A quel moment intervient le questionnement des femmes sur la ménopause et ses traitements (dès l'apparition des premiers signes ou en anticipation de la ménopause?)</li> <li>- Avez-vous le sentiment que les femmes sont bien informées sur la ménopause et les traitements disponibles ?</li> <li>- Quelles sont leurs sources d'information ?</li> </ul>
<p>L'initiation du traitement hormonal, ses avantages et inconvénients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelle est (approximativement) la proportion de vos patientes qui prennent un THS ? (a-t-elle évolué ?)</li> <li>- Quels sont selon vous les avantages et les inconvénients du traitement hormonal ? Quelle est pour vous la durée de traitement nécessaire ?</li> <li>- Comment se décide la mise en route d'un traitement ?</li> <li>- Vos patientes vous demandent-elles si vous prenez ou (prendriez) un THS ?</li> <li>- Quelles sont les motivations des femmes à prendre un traitement ? à le refuser ? Celles-ci ont-elles évolué ?</li> <li>- Les femmes ont-elles des demandes particulières concernant le schéma de traitement (avec ou sans règles, mode d'administration)</li> <li>- Est-ce que vous avez l'impression que les femmes qui ont pris un contraceptif oral ou ont porté un stérilet passent plus facilement au THS ? Est-ce que ça influence votre décision de prescrire un traitement?</li> <li>- Les femmes qui suivent un THS en sont-elles satisfaites ? Rapportent-elles des effets secondaires ?</li> </ul>
<p>Les traitements alternatifs de la ménopause</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que pensez-vous des traitements alternatifs (Phytoestrogènes, homéopathie) ?</li> <li>- Les prescrivez-vous ? Est-ce à votre initiative ou à celle des femmes ?</li> </ul>

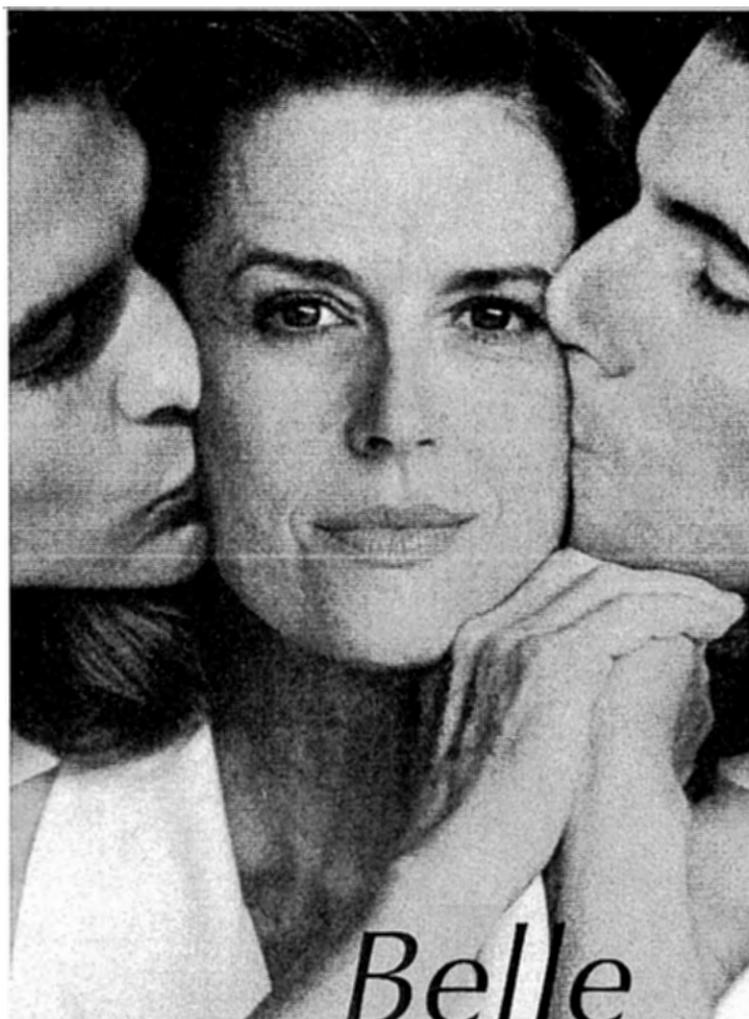
<p>La controverse entourant le THS depuis la WHI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment avez-vous interprété la publication de l'étude WHI puis des études qui ont suivi ?</li> <li>- Ces études ont-elles modifié votre opinion sur les traitements hormonaux de substitution ?</li> <li>- Que pensez-vous des recommandations émises par l'AFSSAPS à cette occasion ?</li> <li>- Ont-elles modifié vos pratiques de prescription ?</li> <li>- Comment avez-vous vécu la publication de ces études ?</li> <li>- En avez-vous discuté avec des collègues ?</li> <li>- Et vos patientes ? Comment ont-elles réagi à la publication de ces études ?</li> <li>- Vous ont-elles fait part de leurs inquiétudes ?</li> <li>- Y a-t-il eu des abandons de traitements ?</li> <li>- Comment se comportent les femmes qui arrivent aujourd'hui à la ménopause vis à vis du THS ?</li> <li>- Comment gérez-vous les inquiétudes que ces études ont soulevées ?</li> <li>- Avez-vous le sentiment que cette controverse a eu un impact sur la relation qui existe entre vous et vos patientes ?</li> <li>- Les patientes qui ont arrêté leur traitement poursuivent-elles leur suivi gynécologique de la même manière ?</li> </ul>
<p>Le rôle de la gynécologie médicale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensez-vous que la gynécologie médicale a un rôle particulier à jouer dans le suivi de la ménopause ?</li> </ul>

## APPENDICE C

### EXEMPLES DE PUBLICITÉS POUR LES TRAITEMENTS HORMONAUX DE SUBSTITUTION ET LES PHYTOESTROGÈNES

	Page
C.1 Livial® Laboratoire Organon France (THS).....	331
C.2 Thalassovital® Laboratoire diététique et santé (Phytoestrogène).....	332
C.3 Gynalpha fort® Laboratoire CCD (Phytoestrogène).....	333

C.1 : Livial® Laboratoire Organon France (THS)



*Correction  
des symptômes  
liés à la ménopause*

Troubles vasomoteurs (bouffées de chaleur et sueurs nocturnes), troubles trophiques génito-urinaires (atrophie vulvovaginale, dyspareunie, incontinence urinaire), troubles psychiques (troubles du sommeil, asthénie).

L'expérience chez les femmes au-delà de 65 ans est limitée.

*Belle*

*& Re-belle*

**Livial**®  
2,5 mg comprimé (tibolone)

La **50**<sup>taine</sup> et alors!

C.2 : Thalassovital® Laboratoire diététique et santé (Phytoestrogènes)



Les troubles de la  
ménopause ?

Ce n'est plus  
mon souci !

**Bouffées de chaleur,  
stress, irritabilité...  
...Je dis « stop » !**

Le cap de la ménopause,  
ce n'est pas un souci pour moi.  
J'ai mon Thalassovital !  
Avec ses deux actifs naturels et  
spécifiques, le magnésium marin  
et les isoflavones de soja,  
Thalassovital réduit efficacement, dès  
les premiers symptômes, les bouffées  
de chaleur et la nervosité.



Pour recevoir le guide « Bien-être de la femme »,  
écrivez sur papier libre en indiquant votre adresse à  
**Laboratoires Diététique et Santé**  
B.P. 106 - 31250 REVEL

Vendu en pharmacie et parapharmacie. Laboratoires Diététique et Santé  
ACL : 779 65 68. Ce code permettra à votre pharmacien de commander rapidement ce produit.

C.3 : Gynαlpha fort® Laboratoire CCD (Phytoestrogènes)

**Bouffées  
de chaleur...  
si je veux !**

**Gynαlpha FORT**  
gynestrol, gαstrone  
76 mg d'isoflavones de soja  
• la concentration optimale

**Gynαlpha**  
gynestrol, gαstrone  
38 mg d'isoflavones de soja  
• pour une réponse adaptée

1 gélule/jour

**ACTION  
SELECTIVE**



PROBIO

## BIBLIOGRAPHIE

- Abega S.C et M. J., Vernazza-Licht N. 2002. « Activité sexuelle et qualité de vie des femmes ménopausées rurales au Sud Cameroun. » In *Colloque Vivre et "soigner" la vieillesse dans le monde* – Gênes, 13-16 mars 2002.
- Abric, J.-C. 1994a. *Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF.
- Abric, J.-C. 1994b. « Les représentations sociales: aspects théoriques ». In *Pratiques sociales et représentations*, sous la dir. de J.-C. Abric, p. 11-35. Paris: PUF.
- AFEM- Solvay Pharma. 2002. *Enquête CLIMATS (Choisir Librement sa Ménopause: Attitudes face au Traitement Substitutif)*.
- AFEM-Louis Harris. 2002. *Enquête : Les femmes et leur gynécologue*.
- AFEM. 1993. *Enquête : Les symptômes observés chez les femmes ménopausées*.
- AFSSAPS - ANAES (Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé) (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). 2004. « Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. Rapport d'orientation. 11 mai 2004. »
- AFSSAPS. 2003a. *Les lettres aux prescripteurs. Mise au point sur le traitement hormonal substitutif de la ménopause*. 30 janvier 2003. »
- . 2003b. *Mise au point actualisée sur le traitement hormonal substitutif de la ménopause*. 30 décembre 2003.
- . 2003c. *Traitement hormonal substitutif et risque de cancer du sein*. Communiqué de presse - 8 Août 2003.
- Aïach, P. 1998. « Les voies de la médicalisation ». In *L'ère de la médicalisation*, sous la dir. de D. Delanoë et P. Aïach, p. 15-36. Paris: Anthropos.
- Akrich, M., et C. Meadel. 2002. « Prendre ses médicaments/prendre la parole: les usages des médicaments par les patients dans les listes de discussion ». *Sciences sociales et santé*, vol. 20, no 1, p.89-114.
- Amerio, P. 1991. « Idées, sujets et conditions sociales d'existence ». In *Idéologie et représentations sociales*, sous la dir. de V. Aebischer et al., Cousset Del Val.
- Amiel-Lebigre, F., et M. Gognalons-Nicolet. 1993. *Entre santé et maladie*. Paris: PUF.

- Andrist, L. C. 1998. « The impact of media attention, family history, politics and maturation on women's decisions regarding hormone replacement therapy ». *Health Care for Women International*, vol. 19, no 3, p.243-260.
- Anonyme. 2004b. «Les prescriptions de THS en baisse de 17,4 %: le baromètre mensuel Le Généraliste/IMS Health ». *Le Généraliste*, no 2281, p.54.
- Attali, C. 2003. « La consultation chez le généraliste ». In *Femmes, médecins et ménopauses*, sous la dir. de V. Ringa, D. Hassoun, C. Attali, G. Bréart, D. Delanoë, M. Lachowsky, P. Lopes, et D. Mischlich, p. 129-144. Paris: Masson.
- Attias-Donfut, C. 2000. « Rapports de générations. Transferts intrafamiliaux et dynamique macrosociale ». *Revue française de sociologie*, vol. 41, no 4, p.643-684.
- Attias-Donfut, C., et M. Segalen. 1998. *Grands-parents: la famille à travers les générations*. Paris: Odile Jacob.
- Augé, M. 1984. « Ordre biologique, ordre social; la maladie forme élémentaire de l'événement ». In *Le sens du Mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, sous la dir. de M. Augé et C. Herzlich, p.9-57: Edition des Archives contemporaines.
- Augé, M., et C. Herzlich. 1984. *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris: Edition des Archives contemporaines.
- Avis, N., et S. McKinlay. 1991. « A longitudinal analysis of women's attitude towards the menopause. Results from the Massachusetts women's health Study ». *Maturitas*, vol. 13, no p.65-79.
- Bachmann, G., et S. R. Leiblum. 2004. « The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review ». *Menopause*, vol. 11, no 1, p.120-130.
- Bajos, N. et M. Bozon. 1999. « La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le Viagra », *Actes de la recherche en sciences sociales*, no 128, p.34-37.
- Bajos, N. 2004. "Séquences et normes temporelles de la sexualité et de la contraception." In *Séminaire "Genre, Santé et Temporalités"*, Maison des sciences humaines et sociales Toulouse-Paris, 4 mars 2004.
- Bajos, N. et M. Ferrand. 2004. « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? », *Sciences Sociales et Santé*, vol.22, no3, p117-140.
- Ballard, K. 2002a. "Women's use of hormone replacement therapy for disease prevention; results of a community survey". *British Journal of General Practice*, vol. 52, no 483, p.835-837.

- Ballard, K., D. Kuh, et M. Wadsworth. 2001. « The role of the menopause in women's experiences of the "change of life" ». *Sociology of Health and Illness*, vol. 23, no 4, p.397-424.
- Banister, E. M. 1999. « Women's midlife experience of their Changing bodies ». *Qualitative Health Research*, vol. 9, no 4, p.520-537.
- Banks, E. 2002. « From dog's testicles to mares'urine: the contemporary use of hormonal therapy for the menopause ». *Feminist review*, vol. 72, no p.2-25.
- Barthe, J., S. Clément, et M. Druhle. 1990. « Vieillesse ou vieillissement? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées ». *Revue Internationale d'Action Communautaire (Canasa)*, no 23/63.
- Baszanger, I. 1986. « Les maladies chroniques et leur ordre négocié ». *Revue Française de sociologie*, vol. 27, no 1, p.3-27.
- . 1992. « Introduction. Les chantiers d'un interactionniste américain ». In *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, sous la dir. de A. Strauss, p. 11-63. Paris: L'Harmattan.
- Beck, U. 2001. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Flammarion. (Première édition en anglais 1992).
- Becker, H. 1985. *Outsiders -Comment on devient fumeur de marijuana*. Editions Métailié.
- Bell, S. E. 1987. « Changing ideas: The Medicalization of menopause ». *Social Science and Medicine*, vol. 124, no 6, p.535-542.
- Beral, V., et Million Women Study Collaborators. 2003. « Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study ». *Lancet*, vol. 362, no p.419-427.
- Bercier, S. 2003. « Qualité de vie, caractéristiques socio-démographiques, et réalisation d'examen complémentaires chez les femmes traitées ou non par THS. Enquête épidémiologique d'une population de femmes ménopausées fréquentant le même cabinet de médecine générale ». Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université Paris Val de Marne, Faculté de médecine de Créteil.
- Berger, P., et T. Luckmann. 1986. *La construction sociale de la réalité*. Paris: Méridines, Klincksieck.
- Bernhard, L. 1997. « Self-Care Strategies of Menopausal Women ». *Journal of Women & Aging*, vol. 9, no 1/2, p.77-89.
- Bernier, C. 2003. « Ménopause et mitan de vie: deux phénomènes, une symbolique ». *Reflets*, vol. 9, no 1.

- Blanchard, S. 2003. « Traitement de la ménopause, le désarroi des femmes et des médecins ». *Le Monde*. 3 décembre 2003.
- Blech, J. 2005. *Les inventeurs de maladies : Manœuvres et manipulations de l'industrie pharmaceutique*, Paris : Acte Sud.
- Blümel, J., et et al. 2004. « Patient's and clinician's attitudes after the Women's Health Initiative study ». *Menopause The Journal of the North American Menopause Society*, vol. 11, no 1, p.57-61.
- Boltanski, L. 1971. « Les usages sociaux du corps ». *Annales ESC*, vol. 26, no 1, p.205-223.
- Bouchayer, F. 1994. « Bilans de vie, bilans de santé ». In *Trajectoires sociales et inégalités, Recherche sur les conditions de vie*, sous la dir. de F. Bouchayer, Toulouse: Editions Erès.
- Bourdieu, P. 1979. *La distinction*. Paris: Editions de Minuit.
- Bowles, C. L. 1990. « The Menopause experience: sociocultural influences and theoretical models ». In *The meaning of menopause*, sous la dir. de R. Formanek, p. 157-175. London: The Analytic Press.
- Bréart, G. 2003. « La ménopause et la santé publique ». In *Femmes, médecins et ménopause*, sous la dir. de V. Ringa, D. Hassoun, M. Lachowsky, C. Attali, G. Breart, D. Delanoe, P. Lopès, et D. Mischlich, p. 7-16.
- Bruner, E. 1986. « Experience and its expression ». In *Anthropology of experience*, sous la dir. de V. Turner et E. Bruner, p. 3-30, Urbana: University of Illinois Press.
- Bury. 1982. « Chronic illness as a biographical disruption ». *Sociology of Health and illness*, vol. 4, no 2, p.167-182.
- Caradec, V. 1996. *Le couple à l'heure de la retraite*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- . 1998. « Les transitions biographiques, étapes du vieillissement ». *Prévenir*, No 35, p.131-137.
- . 2001. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris: Nathan, coll.128.
- . 2004. *Vieillir après la retraite*. Paris: PUF.
- Cegarra, M. 2004. « La vieille femme et la sorcière. » In *Colloque Approches sociologiques et ethnologiques de la ménopause*. Université de Metz. Juin 2004.
- Chaveau, S. 2003. « Les espoirs déçus de la loi Neuwirth ». *Clio*, vol. 18, no p.223-239.

- Clark, H. D., A. M. O'Connor, I. D. Graham, et G. A. Wells. 2003. « What factors are associated with a woman's decision to take hormone replacement therapy? Evaluated in the context of a decision aid ». *Health Expectation*, vol. 6, no 2, p.110-117.
- Clément, S., et J. Mantovani. 1999. « Les déprises en fin de parcours de vie ». *Gérontologie et société*, vol., no 90, p.95-110.
- Cohen, D., M. Mc Cubbin, J. Collin, et G. Pérodeau. 2001. « Medication as social phenomena ». *Health*, vol. 5, no 4, p.441-469.
- Collin, J. 2002. « Observance et fonctions symboliques du médicament ». *Gérontologie et société*, vol. 103, no 141-159.
- . 2003. « Rapport des personnes âgées aux médicaments, un modèle conceptuel ». In *Enjeux psychosociaux de la santé*, sous la dir. de J. Levy, D. Maisonneuve, H. Bilodeau, et C. Garnier, p. 261-273. Sainte-Foy: Presses de l'université du Québec.
- Comité pour la défense de la gynécologie médicale. 2003. *Enquête auprès des gynécologues médicaux*.
- Coney, S. 1994. *The Menopause Industry. How the Medical Establishment Exploits Women*. Alameda: Hunter House.
- Conrad, P. 1985. « The meaning of medications: another look at compliance ». *Social Science and Medicine*, vol. 20, no 1, p.29-37.
- Constance, I. et W. Fowles. 2003. « Woman to Woman: Complementary Therapy Use in Menopause ». *Journal of Holistic Nursing*, vol. 21, no.4, p.368-382.
- Côté, M. 1996. « Devenir vieille: l'étude du processus de vieillissement de quelques femmes québécoises ». *Sciences Sociales et Santé*, vol. 14, no 3, p.47-65.
- Coulon, A. 1992. *L'école de Chicago*. Paris: PUF.
- Coupland, J., et A. Williams. 2002. « Conflicting discourses, shifting ideologies: pharmaceutical, 'alternative' and feminist emancipatory texts on menopause ». *Discourses and society*, vol. 13, no 4, p.419-445.
- Cumming, E., et W. Henry. 1961. *Growing Old. The process of Disengagement*. New York: Basic Books.
- Dagnaud, M., et D. Mehl. 1998b. « Les gynécologues: une profession sous influence ». *Sociologie du travail*, vol. 2, no 88, p.287-300.
- Delanoë, D. 1998. « La médicalisation de la ménopause. La pathologisation comme processus de socialisation ». In *L'ère de la médicalisation*, sous la dir. de D. Delanoë et P. Aïach, p. 211-251. Paris: Anthropos.

- . 2001a. *Critique de l'âge critique. Usages et représentations de la ménopause*. Thèse pour le doctorat en Anthropologie sociale et ethnologie. Paris: Ecole des hautes études en sciences sociales.
- . 2001b. « La question des troubles psychiques attribués à la ménopause ». In *Femmes et Hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, sous la dir. de P. Aïach, D. Cèbe, G. Cresson, et C. Philippe, p. 75-95. Rennes: ENSP.
- . 2003. « Histoire de la ménopause d'ici ou d'ailleurs ». In *Femmes, médecins, ménopause*, sous la dir. de C. Attali, G. Bréart, D. Delanoë, D. Hassoun, M. Lachowsky, P. Lopès, D. Mischlich, et V. Ringa, p. 103-126. Paris: Masson.
- Derry, P., J.-C. Chrisler, et I. Johnston-Robledo. 2002. « What do we mean by "the biology of menopause?" » Special Issue: Behavioral Science Research on Menstruation and Menopause. *Sex roles*, vol. 46, no 1-2, p.13-23.
- Desclaux, A., et J. Levy. 2003. « Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ». *Anthropologie et société*, vol. 27, no 2, p.5-21.
- Desrosières, A., et L. Thévenot. 1996. *Les catégories socioprofessionnelles*. Paris: La découverte, Collection Repères.
- Detrez, C. 2001. *La construction sociale du corps*. Paris: Seuil.
- Deutsch, H. 1987. *La psychologie des femmes*. Paris : PUF (1<sup>ère</sup> édition 1949).
- Devreux, A.-M. 2001. « Les rapports sociaux de sexe : un cadre d'analyse pour les questions de santé ? ». In *Femmes et Hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, sous la dir. de P. Aïach, D. Cèbe, G. Cresson, et C. Philippe. Rennes: ENSP.
- Diasio, N. 2004. « La double émergence des concepts de ménopause et de subjectivité féminine. » In *Approches sociologiques et ethnologiques de la ménopause - 24 juin 2004*. Université de Metz.
- Dodin, S., C. Blanchet, et I. Marc. 2003. « Phytoestrogènes chez la femme ménopausée ». *Medicine et science*, vol. 19, no 10, p.1030-1037.
- Doise, W. 1992. « L'ancrage dans les études sur les représentations sociales ». *Bulletin de Psychologie*, vol. 405, no p.189-195.
- Donovan, J. L., et D. R. Blake. 1992. « Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision-making? » *Social Science and Medicine*, vol. 34, no 5, p.507-513.
- Drulhe, M. 1993. « Effets de la culture sur les représentations et les activités des corps vieillissants ». In *Corps, cultures et thérapies*, Toulouse: Presses universitaires du Mirail.

- . 1994. « Vieillesse – Déficit ou vieillesse négociée, les conséquences méthodologiques d'un choix d'objet ». In *L'Insertion sociale, Actes du colloques « Sociologies IV »*, Tome 1, sous la dir. de S. Guth Paris: L'Harmattan.
- Drulhe, M., et S. Clément. 1998. « Enjeux et formes de la médicalisation: d'une approche globale au cas de la gérontologie ». In *L'ère de la médicalisation*, sous la dir. de P. Aïach et D. Delanoë, p. 69-96. Anthropos.
- Dupré-Lévesque, D. 2002. « Le médicament: un outil de communication ». *Gérontologie et société*, vol. 103, no p.161-176.
- Dupuy, J. P. 1982. « Le médicament dans la relation médecin-malade ». In *Médecins et société. Les années 1980*, sous la dir. de L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher, et J. Llambias-Wolf, p. 371-388. Beauceville (Québec): Editions Coopératives Albert St Martin, Collection Recherches et documents.
- Durkheim, E. 1967. Représentations individuelles et représentations collectives. Sociologie et philosophie, Paris: PUF
- . 1895. (éd, 1963) Les règles de la méthode sociologique, Paris: Alcan.
- Duron-Alirol, M. 2003. « Sécheresse vaginale: une enquête auprès des femmes. » in *Le quotidien du médecin. 4 septembre 2003*.
- Ehrenberg, A. 1991. *Le culte de la performance*. Paris: Calman-Levy.
- Ennuyer, B. 2002. *Les malentendus de la dépendance; de l'incapacité au lien social*: Dunod.Action sociale.
- Enquête F.E.M.M.E. 2002. « Les femmes médecins ont-elles un regard particulier sur leur propre ménopause actuelle ou à venir? » Institut Théramex.
- Fainzang, S. 2001. *Médicaments et société*. Paris: PUF.
- . 2003. « Gestion individuelle ou collective. Les médicaments dans l'espace privé ». *Anthropologie et société*, vol. 27, no 2, p.139-154.
- Faller H., S. Schilling et H. Lang. 1992. « L'importance des théories subjectives pour la maîtrise de la maladie à la lumière des méthodes d'approche ». In *La perception quotidienne de la santé et de la maladie*, sous la dir. de U. Flick, p. 11-33. Paris: L'harmattan.
- Fauconnier, A., V. Ringa, D. Delanoë, B. Falissard, et G. Breart. 2000. « Use of hormone replacement therapy: women's representations of menopause and beauty care practices ». *Maturitas*, vol. 35, no 3, p.215-228.

- Featherstone, M., et M. Heptworth. 1990. « Images of ageing ». In *Ageing in society: an introduction to social gerontology*, sous la dir. de J. Bond et P. Coleman, p. 250-274. London & Newbury: Park Sage Publications.
- . 1991. « The Mask of Ageing and the Postmodern Life Course ». In *The Body: Social processes and Cultural Theory*, sous la dir. de M. Featherstone, M. Heptworth, et B. S. Turner, p. London & Newbury: Park Sage Publications.
- Feillet, R. 1997. « Représentations du corps, vieillissement et pratiques sportives ». *STAPS*, vol., no 42, p.33-44.
- . 2003. « Vieillissement du corps et résistances », *Journée d'étude du Comité de recherche en sociologie de la santé, AISLF*, Brest, 20-21 mars.
- Fisher, W., M. Sand, W. Lewis, et R. Boroditsky. 2000. « Canadian menopause study-I: Understanding women's intentions to utilise hormone replacement therapy. » *Maturitas*, vol. 37, no 1, p.1-14.
- Flament, C. 1994. « Structure, dynamique et transformation des représentations sociales ». In *Pratiques sociales et représentations*, sous la dir. de J.-C. Abric, p. 36-57. Paris: PUF.
- Flick, U. 1992a. *La perception quotidienne de la santé et de la maladie*. Paris: L'harmattan.
- . 1992b. « La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Aperçu général et introduction. » In *La perception quotidienne de la santé et de la maladie*, sous la dir. de U. Flick, p. 11-33. Paris: L'harmattan.
- Foucault, M. 1975. *Surveiller et punir, naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- . 1984. *Histoire de la sexualité. Tome 3. Le souci de soi*. Paris: Gallimard.
- . 2003 (réédition 1963). *Naissance de la clinique*. Paris: PUF - Collection Quadrige.
- Fournier, A., F. Berrino, E. Riboli, V. Avenel, et F. Claver-Chapelon. 2005. « Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E3N-EPIC cohort. » *International Journal of Cancer*, vol. 114(3), no 3, p.448-454.
- Freidson, E. 1984. *La profession médicale*. Paris: Payot.
- Frey, K. 1981. « Middle-aged women's experience and perception of menopause ». *Women and Health*, vol. 6, no 1/2, p.25-36.
- Gagnon, E. 1998. « L'avènement médical du sujet: les avatars de l'autonomie en santé ». *Sciences Sociales et Santé*, vol. 16, no 1.

- Garnier, C. 1999. « La genèse des représentations sociales dans une perspective développementale ». In *La genèse des représentations sociales*, sous la dir. de M.-L. Rouquette et C. Garnier, p. 87-113. Montréal: Editions nouvelles.
- . 2003. « Chaîne du médicament. Construction d'un modèle de recherche interdisciplinaire et intégrative ». In *Enjeux psychosociaux de la santé*, sous la dir. de J. Levy, D. Maisonneuve, H. Bilodeau, et C. Garnier, p. 221-234. Sainte-Foy: Presses de l'université du Québec.
- Garnier, C., L. Marinacci, A.-M. Grandtner, et M. Quesnel. 2000. *Analyse des représentations sociales dans la prescription des médicaments psychotropes*. Cirade. GEIRSO. Université du Québec à Montréal. Recherche financée par le Conseil québécois de la recherche sociale RS-2951.
- Gavid, B. 2003. « SEISME « ménopause »: « représentations et avis des patientes versus avis des médecins généralistes ». *Congrès de recherche en Médecine Générale. Société française de médecine générale*. 13 et 14 septembre. Paris.
- George, S. 2002. « The Menopause experience: A woman's perspective ». *Journal of Obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, vol. 31, no 1, p.77-85.
- Gestin, A. 2000. « Vieillir jeunes, Un nouvel impératif pour les hommes et les femmes retraités ». In *Vieillir jeunes, actifs et disponibles*, sous la dir. de C. Attias-Donfut, p. Paris: L'Harmattan.
- . 2003. "Temps, espaces et corps à la retraite: des paradoxes à penser". In *L'homme et la société*, no147-148, p. 169-190.
- Giami, A. 2004. « De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité ». In *Le gouvernement des corps* sous la dir. de D. Fassin et D. Memmi. Paris : éditions EHESS.
- Giddens, A. 1991. *Modernity and Self-Identity*. Cambridge: Polity Press.
- Giesen, C. B. 1989. « Aging and attractiveness: Marriage makes a difference ». *International Journal of Human Development*, vol. 29, no 2, p.83-94.
- Glaser, B., et A. Strauss. 1967. *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- . 1971. *Status Passage*. London: Routledge.
- Goffman, E. 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 1: La présentation de soi*. Paris: Editions de minuit.
- . 1975. *Stigmaté*. Paris: Editions de minuit.

- Goldstein, D. E. 2000. « When ovaries retire. contrasting women's experiences with feminist models of menopause ». *Health*, vol. 4, no 3, p.309-323.
- Good, B. 1998. *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*. (Première édition en anglais 1994). Paris: PUF.
- Granville, G. 2002. « Menopause: a time of private change to a mature identity ». In *Women Ageing changing identities: challenging myths*, sous la dir. de M. Bernard, J. Philips, et L. Machin, p. 74-92.
- Greene, J. G. 1990. "Psychosocial Influences and Life Events at the Time of the Menopause". In *The meaning of menopause*, sous la dir. de R. Formanek, p. London: The Analytic Press.
- Greer, G. 1991. *The change, Women ageing and menopause*. London : Hamish.
- Griffin, M. 1995. « The sexual Health of women after menopause ». *Sexual & Marital Therapy*, vol. 10, no 3, p.277-291.
- Griffiths, F. 1995. « Women's health concerns. Is the promotion of hormone replacement therapy for pervention important for women? » *Family Practice*, vol. 12, no 1, p.54-59.
- . 1999. « Women's control and choice regarding HRT ». *Social Science and Medicine*, vol. 49, no 4, p.469-481.
- Guessous, S.N. 2000. *Printemps et automne sexuels, puberté, ménopause et andropause au Maroc*. EDDIP, Autre temps.
- Guillemard, A.-M. 1986. *Le déclin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse*. Paris: PUF.
- Guimelli C. 1994. « Transformation des représentations sociales, pratiques nouvelles et schèmes cognitifs de base ». In *Structures et transformation des représentations sociales*, sous la dir. de C. Guimelli, p 171-198. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Gupta *et al.* 1993. « Aging related concerns and body image: possible future implications for eating disorders ». *International Journal of Eating Disorders*, vol. 14, no 4, p.481-486.
- Halbert, D., et T. Lloyd. 1998. « Hormone replacement therapy usage: a 10 year experience of a solo practitioner ». *Maturitas*, vol. 29, no p.67-73.
- Halbwachs, M. 1997. *La mémoire collective*. Paris: Albin Michel.
- Hallbwachs. 1952 (réédition 1925). *Les cadres sociaux de la mémoire*. Paris: PUF.

- . 1964. *Esquisse d'une psychologie des classes sociales*. Paris: M. Rivière.
- Hallinan, C. J., et P. B. Schuler. 1993. « Body-Shape Perceptions of Elderly Women Exercisers and Non Exercisers ». *Perceptual and Motor Skills*, vol. 77, no p.451-456.
- Haskell, S. 2004. « After the Women's Health Initiative: Postmenopausal women's experiences with discontinuing estrogen replacement therapy ». *Journal of Womens Health*, vol. 13, no 4, p.438-442.
- Hassoun, D. 2003. « Les traitements de la ménopause ». In *Femmes, médecins et ménopauses*, sous la dir. de V. Ringa, D. Hassoun, C. Attali, G. Bréart, D. Delanoë, M. Lachowsky, P. Lopes, et D. Mischlich, p. 159-186. Paris: Masson.
- Haulot. 2001. « Traitement hormonal de substitution de la ménopause en Limousin ». Union régionale des caisses d'assurance maladie.
- Héritier, F. 1996. *Masculin Féminin, la pensée de la différence*. Paris: Odile Jacob.
- . 2004. « Préface. Le recours au politique pour un changement des rapports sociaux de sexe ». *Sciences Sociales et santé*, vol 22, no 3, p. 7-11.
- Herzlich, C. 1984a. « La problématique de la représentation sociale et son utilité dans le champ de la maladie ». *Sciences Sociales et Santé*, vol. II, no 2, p.71-84.
- . 1984b. « Médecine moderne et quête de sens: la maladie signifiant social ». in *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, sous la dir. de M. Augé et C. Herzlich, p. 189-215. Paris: Archives contemporaines.
- . 1986. « Représentation sociale de la santé et de la maladie et de leur dynamique dans le champ social ». in *L'étude des représentations sociales*, sous la dir. de W. Doise et A. Palmonari, p. 157-170. Paris: Delachaux et Niestlé.
- . 1992 (réédition 1969). *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris: Edition de l'EHESS.
- Herzlich, C., et J. Pierret. 1984. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris: Payot.
- Hours, B. 2003. « La santé unique face aux valeurs », *Journée d'étude du Comité de recherche en sociologie de la santé, AISLF*, Brest, 20-21 mars.
- Hunnskaar, S., et B. Backe. 1992. « Attitudes towards and level of information on perimenopausal and postmenopausal hormone replacement therapy among Norwegian women ». *Maturitas*, vol. 15, no p.183-194.
- Hunter, M. S. 1990. « Emotional well-being, sexual behaviour and hormone replacement therapy ». *Maturitas*, vol. 12, no 3, p.299-314.

- Hunter, M. S., et I. O'Dea. 1997. « Menopause: Bodily changes and multiple meanings ». In *Body Talk: the Material and discursive regulation of sexuality, Madness and reproduction*, sous la dir. de J. Ussher, London: Routledge.
- Hunter, M. S., I. O'Dea, et N. Britten. 1997. « Decision-making and hormone replacement therapy: a qualitative analysis ». *Social Science and Medicine*, vol. 45, no 10, p.1541-1548.
- Hurd Clarke, L. 2001. « Older Women's Bodies and the Self: The construction of identity in Later life ». *Canadian review of sociology and anthropology*, vol.38, no 1, p.441-464.
- . 2002a. "Older women's perceptions of ideal body weights: the tension between health and appearance motivations for weight loss". *Ageing and Society*, vol., no 22, p.751- 773.
- . 2002b. « Beauty in Later Life: Older Women's Perceptions of Physical Attractiveness ». *Canadian Journal on Aging*, vol. 21, no 3, p.429-442.
- Hurd, L. 2000. « Older Women's Body Image and Embodied Experience: An exploration ». *Journal of Women & Aging*, vol. 12, no 3/4, p.77-97.
- Hvas, L. 2001. « Positive aspects of Menopause: a qualitative study ». *Maturitas*, vol. 39, no 1, p.11-17.
- Hyden, L. 1997. « Illness & Narratives ». *Sociology of Health and Illness*, vol. 19, no 1, p.48-69.
- Jodelet, D. 1981. « Pratiques, expériences, représentations et modèles culturels ». *INSERM, Conceptions, mesures et actions en santé publique*, vol. 104, p.377-395.
- . 1982a. « Réflexions sur le traitement de la notion de représentation sociale en psychologie sociale ». *Communication et information*, vol. VI, no 2/3, p.15-41.
- . 1982b. *Systèmes de représentations du corps et groupes sociaux*. Paris: EHESS.
- . 1983. « La représentation du corps, ses enjeux privés et sociaux. In *Le corps enjeu*, sous la dir. de J. J.Hainard et R. Kaehr, p. 127-140. Neuchatel: Musée d'ethnographie.
- . 1989. *Folies et représentations sociales*. Paris: PUF.
- . 1994. « Les représentations sociales: un domaine en expansion ». In *Les représentations sociales*, sous la dir. de D. Jodelet, p. 31-61. Paris: PUF.
- Jones, J. 1994. « Embodied meaning: menopause and the change of life ». *Social Work & Health Care*, vol. 19, no 3/4, p.43-65.
- Joubert, A. 2003. « THS: Avantage à la voie transdermique. "Enfin une bonne nouvelle pour les THS" ». *Abstract Gynécologie*, vol. 277, no p.14-15.

- Katon, W., et A. Kleinman. 1981. « Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care ». In *The relevance of Social Science for medicine*, sous la dir. de L. Eisenberg et A. Kleinman, : D.Reidel Publishing Co.
- Kaufert, P. 1992. « The Manitoba Project: A re-examination of the link between menopause and depression ». *Maturitas*, vol., no 14, p.143-155.
- Kaufert, P., et M. Lock. 1997. « Medicalization of women's third age ». *Journal of psychosomatic obstetrics and Gynecology*, vol. 18, no p.81-86.
- Kaufert, P., et S. McKinlay. 1985. « Estrogen Replacement Therapy: The Production of medical Knowledge and the Emergence of Policy ». In *Women, Health and Healing*, sous la dir. de E. Lewin et V. Olesen, p. 113-138. London: Tavistock Publications.
- Kérisit, M., et S. Pennec. 2001. « La mise en science de la ménopause ». In *Vieillir jeunes - actifs et disponibles?* sous la dir. de C. Attias-Donfut et P. Tripiet, p. 129-148. Paris: L'Harmattan.
- Kleinman, A. 1980. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- . 1988. *The Illness narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New Haven: Yale University Press.
- Krieger, N., I. Löwy, R. Aranowitz, et al. 2005 (sous presse). « Hormone replacement therapy, cancer, controversies & women's health : historical, epidemiological, biological, clinical, and advocacy perspectives ». *Journal of Epidemiology and Community Health*.
- Kuntz, C., Y. Spykerelle, et J.-P. Giordanella. 2004. « Caractéristiques des femmes sous traitement hormonal substitutif de la ménopause: étude descriptive dans la population fréquentant les centres d'examen de santé ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, vol. 7, no p.25-28.
- Lachowsky, M. 2003a. « Qui a peur de la ménopause? ». In *Femmes, médecins et ménopauses. Age Santé et société.*, sous la dir. de V. Ringa, D. Hassoun, C. Attali, G. Bréart, D. Delanoë, M. Lachowsky, P. Lopes, et D. Mischlich, p. 95-101. Paris: Masson.
- . 2003b. « Résultats de l'étude "Ménopause attitudes" - Attitudes des femmes ménopausées après WHI. ». In *XXIVes Journées de l'AFEM*, AFEM.
- Laganier, M. 1999. « Touche pas à mon gynéco ». *Alternative Santé*, vol. 253, no p.37-38.
- Lalivé d'Épinay, et J.-F. Bickel. 1996. « La recherche en sociologie et psychosociologie de l'âge et de la vieillesse: un survol ». *Gérontologie et société*, vol., no 79, p.155-196.

- Laperrière, A. 1982. « Pour une construction empirique de la théorie: la nouvelle école de Chicago ». *Sociologie et sociétés*, vol. 14, no 1, p.31-42.
- . 1997. "La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées". In *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques.*, sous la dir. de J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, et A. P. Pires, p. 309-339. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Laplantine, F. 1986. *Anthropologie de la maladie, étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale*. Paris: Payot.
- . 1994. « Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie: de quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d'une expérience brésilienne. » in *Les représentations sociales*, sous la dir. de D. Jodelet, p. 277-298. Paris: PUF.
- Laplantine, F., et P.-L. Rabeyron. 1987. *Les médecines parallèles*. Paris: PUF.
- Lawton, B., S. Rose, D. McLeod, et A. Dowell. 2003. « Changes in use of hormone replacement therapy after the report from the Women's Health Initiative: cross sectional survey of users ». *British Medical Journal*, vol. 327, no 845-846.
- Laznik, M.-C. 2003. *L'impensable désir. Féminité et sexualité au prisme de la ménopause*. Paris: Denoël.
- Le Breton, D. 1998. « Réflexions sur la médicalisation de la douleur ». In *L'ère de la médicalisation*, sous la dir. de D. Delanoë et P. Aïach, p. 159-174. Anthropos.
- . 2003a *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: Presses Universitaires de France. Collection Quadrige (1<sup>ère</sup> édition 1990).
- . 2003b. *Des visages*. Paris: Métailié.
- . 2004. *L'interactionnisme symbolique*. Paris: Quadrige/PUF.
- Le Goaziou, M.-F. 1998. « Approche de la prise en charge des femmes ménopausées en médecine générale ». *La revue du praticien - Médecine générale*, vol 12, no 441, p.35-44.
- Ledesert, B., V. Ringa, et G. Breart. 1994. « Menopause and perceived health status among the women of the French GAZEL cohort ». *Maturitas*, vol. 20, no 2-3, p.113-120.

- Lee, S., J.-C. Chrisler, et I. Johnston-Robledo. 2002. « Health and sickness: The meaning of menstruation and premenstrual syndrome in women's lives; Special Issue: Behavioral Science Research on Menstruation and Menopause ». *Sex roles*, vol. 46, no 1-2, p.25-35.
- Legaré, F., G. Godin, E. Guilbert, L. Laperriere, et D. S. 2000. « Determinants of the intention to adopt hormone replacement therapy among premenopausal women ». *Maturitas*, vol. 34, no 3, p.211-218.
- Levy, G. «Pratiqué par les gynécologues médicaux, il (le dépistage) manquait d'efficacité», Pour la santé des femmes, Comité de défense de la gynécologie médicale. Consulté sur Internet ([//www.asterise.org/couleuvres/coul4.html](http://www.asterise.org/couleuvres/coul4.html)), le 15 septembre 2004.
- Levy, J.-J., J. Pierret, et G. Trottier. 2004. *Les traitements antirétroviraux: Expériences et défis*: Presses de l'Université du Québec - Santé et société.
- Levy, J.-J. et F. Laplantine. 2002. *Anthropologie latérale. Entretiens avec François Laplantine*. Montréal: Liber, Collection de vive voix.
- Liao, K., M. S. Hunter, et P. White. 1994. « Beliefs about menopause of general practitioners and mid-aged women ». *Family Practice*, vol. 11, no 4, p.408-412.
- Limouzin-Lamothe, M. A. 1996. « What women want from hormone replacement therapy: results of an international survey ». *European Journal of Obstetric Gynecology Reproductive Biology*, vol. 64 Suppl, no p.S21-24.
- Lipovetsky, G. 1983. *L'ère du vide. Essai sur l'individualisme contemporain*. Paris: Gallimard, Folio essais.
- Lippman, A. 2004. « La néo-médicalisation et la santé reproductive des femmes ». *Le réseau*, vol6/7, no 4/1.
- Lock, M. 1993. *Encounters with aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.
- . 1998. « Anomalous ageing: managing the postmenopausal body ». *Body and Society*, vol. 4, no 1, p.35-61.
- Lopes, P., et V. Ringa. 2003. « Les aspects cliniques de la ménopause". In *Femmes, médecins et ménopauses*, sous la dir. de V. Ringa, D. Hassoun, C. Attali, G. Bréart, D. Delanoë, M. Lachowsky, P. Lopes, et D. Mischlich, p. 17-38. Paris: Masson.
- Löwy, I., et G. Weisz. 2005. « French hormones: progestins and therapeutic variation in France". *Social Science and Medicine*, vol.60, no.11, p.2609-2622.
- MacPherson, K. 1981. « Menopause as a disease: the social construction metaphor ». *Advance in Nursing Science*, vol. 3, no 2, p.95-113.

- Marmoreo, J., et J. B. Brown. 1998. « Hormone replacement therapy: determinants of women's decisions ». *Patient Education and Counseling*, vol. 33, no p.289-298.
- Martin, C. 1996. « Solidarités familiales: débat scientifique, enjeu politique ». In *Faire ou faire faire? Familles et services*, sous la dir. de J.-C. Kaufmann, p. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Martucelli, D. 2002. *Grammaires de l'individu*. Paris: Editions Gallimard.
- Massé, R. 1995. *Culture et santé publique*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Massé, R., F. Légaré, L. Côté, et S. Dodin. 2001. « The limitations of a negotiation model for perimenopausal women ». *Sociology of Health and illness*, vol. 23, no 1, p.44-64.
- McCrea, F. B. 1983. « The politics of the menopause: 'the discovery' of a deficiency disease ». *Social Problems*, vol. 31, no p.11-123.
- McIntosh, J., et S. Blalock. 2005. « Effects of media coverage of Women's Health Initiative study on attitudes and behavior of women receiving hormone replacement therapy ». *American Journal of Health Syst. Pharmacy*, vol. 62, no 1, p.69-74.
- McPherson, S. 2002. « Women in Transition: Discourses of Menopause, Master of Arts ». In *Department of Sociology and Anthropology*. Windsor (Canada): University of Windsor.
- Meidani, A. 2003. « Des médias aux centres de la remise en forme: jeux et enjeux de la construction sociale de la corporéité », Thèse de doctorat. Université Toulouse Le Mirail.
- Membrado, M. 2002. « L'aide à la vieillesse à l'épreuve des rapports sociaux de sexe ». In *De la catégorisation du genre, Utinam, Revue d'anthropologie et de sociologie*, sous la dir. de N. Lefevre.
- Ménard, J. 2003. « Postface ». In *Femmes, médecins et ménpases*, sous la dir. de V. Ringa, D. Hassoun, C. Attali, G. Bréart, D. Delanoë, M. Lachowsky, P. Lopes, et D. Mischlich, p. 213-220. Paris: Masson.
- Meyer, V. F. 2003. « Medicalized menopause, U.S. Style ». *Health Care for Women International*, vol., no 24, p.822-830.
- Mohammed-Cherif, S., S. Briancon, G. Potier de Courcy, P. Preziosi, B. Fieux, M. Zarebska, P. Galan 2000. « Factors determining the use of hormone replacement therapy in recent naturally postmenopausal women participating in the French SU.VI.MAX cohort ». *European Journal of Epidemiology*, vol. 16, no 5, p.477-482.
- Moliner, P., P. Rateau et V. Cohen-Scali. 2002. *Les représentations sociales. Pratique des études de terrain*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

- Morton, T. A., et J. Duck. 2001. « Communication and health beliefs. Mass and interpersonal influences on perceptions of risk to self and others ». *Communication Research*, vol. 28, no 5, p.602-626.
- Moscovici, S. 1961. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.
- . 1986. L'ère des représentations sociales. In W. Doise et A. Palmonari, *L'étude des représentations sociales*, p35-80, Neuchâtel et Paris: Delachaux et Niestlé:
- . 1991. La fin des représentations sociales? In *Idéologies et représentations sociales*. Sous la dir. de V. Aebischer, J.-P. Deconchy, E.M. Lipiansky E.M., Cousset, Del Val, p. 65-84.
- . 1994. Des représentations collectives aux représentations sociales. In D. Jodelet, *Les représentations sociales*, Paris PUF, p. 62-86.
- Moumjid-Ferdjaoui, N., et M. O. Carrère. 2000. « La relation médecin -patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale: les enseignements de la littérature internationale ». *Revue française des affaires sociales*, vol. 54, no 2.
- Murtagh, M., et J. Hepworth. 2003a. « Menopause as a long-term risk to health: implications of general practitioner accounts of prevention for women's choice and decision-making ». *Sociology of Health and illness*, vol. 25, no 2, p.185-207.
- Murtagh, M., et J. Hepworth. 2003b. « Feminist ethics and menopause: autonomy and decision making in primary medical care ». *Social Science and Medicine*, n°56, p. 1643-1652.
- Nau, J.-Y. 2003b. « Faut-il traiter la ménopause? » *Le Monde*. p. 16, 10 février 2003.
- Neugarten, B., V. Wood, R. Kraines, et B. Loomis. 1963. « Women's attitudes toward the menopause ». *Vita Humana*, no 6, p.150-151.
- Nicol-Smith, L. 1996. « Causality, menopause and depression: a critical review of the literature ». *British Medical Journal*, vol. 313, no p.1229-1232.
- NIH (National Institutes of Health). 2002. « NHLBI Stops Trial of Estrogen Plus Progestin Due to Increased Breast Cancer Risk, Lack of Overall Benefit. » *Communiqué de presse - 9 juillet 2002*.
- O'Connor, V. M., C. B. Del Mar, M. Sheehan, V. Siskind, S. Fox-Young, et C. Cragg. 1995. « Do psycho-social factors contribute more to symptoms reporting by middle-aged women than hormonal status? ». *Maturitas*, vol. 20, no p.63-69.
- Oudshoorn, N. 1993. « United we stand : the pharmaceutical industry, laboratory, and clinic in the development of sex hormones into scientific drugs, 1920-1940 ». *Science, Technology and human values*, vol. 18, no 1, 5-24.

- Paillé, P. 1994. « L'analyse par théorisation ancrée ». *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 23, no p.147-181.
- Paillé, P., et A. Mucchieli. 2003. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Parsons, T. 1951. *The social system*. New York: The Free Press of Glencoe.
- Pennec, S. 1999. « Les femmes et l'exercice de la filiation à l'égard de leurs ascendants ». in *Les parcours de la vie de femmes, travail, famille, et représentations publiques*, sous la dir. de A. Guillou et S. Pennec, p. Paris: L'harmattan.
- Perez, M. 2004. « Plus d'une française sur quatre a cessé son traitement hormonal ». *Le Figaro - Sciences et Médecine*.
- Pham, K., J. Grisso, et E. Freeman. 1997. « Ovarian aging and hormone replacement therapy. Hormonal levels, symptoms, and attitudes of African-American and white women ». *Journal of General Internal Medicine*, vol. 12, no 4, p.230-236.
- Pierret, J. 1984. « Les significations sociales de la santé: Paris, L'Essone, L'Hérault ». in *Le sens du mal*, sous la dir. de M. Augé et C. Herzlich, p. 217-156. Paris: Editions Archives contemporaines.
- . 1985. « Constructions sociales du discours sur la maladie ». *Prévenir*, vol., no 11.
- . 2003. « Enjeux de la santé dans les sociétés du XXIe siècle ». In *Enjeux psychosociaux de la santé*, sous la dir. de J. Levy, D. Maisonneuve, H. Bilodeau, et C. Garnier, p. 1-14. Sainte-Foy: Presses de l'université du Québec.
- Polit, D., et S. Larocco. 1980. « Social and psychological correlates of menopausal symptoms ». *Psychosomatic Medicine*, vol., no 42, p.335-345.
- Puijalon B., et J. Trincaz. 1999. *Le droit de vieillir*. Paris : Fayard.
- Pustoch, A. 2005. « Baromètre IMS ». *Le Généraliste - 21 janvier 2005*, vol., no 2316.
- Reece, S. M. 2002. « Weighing the cons and pros: women's reasons for discontinuing hormone replacement therapy ». *Health Care Women International*, vol. 23, no 1, p.19-32.
- Reed-Kahn, D. 2001. « Natural Hormone Replacement Therapy: What it is and what consumers really want ». *International Journal of Pharmaceutical Compounding*, vol. 5, no 5, p.332-335.
- Richters, A. 2002a. « The Menopause as Biocultural and Political Process: a Comparative Perspective ». In *Le vieux dans le miroir. Perceptions et représentations de la vieillesse*. sous la dir. de A. Guerci et S. Consigliere, Genève: Erga Edizioni.

- Ricoeur, P. 1983. *Temps et Récits*. Paris: Seuil.
- . 1990. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil.
- Ringa, V. 2003. « Les traitements disponibles actuellement: le point épidémiologique ». in *Femmes, médecins et ménopause*, sous la dir. de V. Ringa, D. Hassoun, M. Lachowsky, C. Attali, G. Breart, D. Delanoe, P. Lopès, et D. Mischlich, Paris: Masson.
- . 2004. « Alternatives to hormone replacement therapy for menopause: an epidemiological evaluation (titre en français) ». *Journal de gynécologie obstétrique et de biologie reproductive*, vol. 33, no 3, p.195-209.
- Ringa, V., I. Jausset, Guéguen; R, et G. Bréart. 1999. « Trends in the use of hormone replacement therapy between 1986 and 1993 in the east of France ». *European Journal of Public Health*, vol. 9, no p.300-305.
- Ringa, V., B. Ledesert, et G. Breart. 1994. « Determinants of hormone replacement therapy among postmenopausal women enrolled in the French GAZEL cohort ». *Osteoporos International*, vol. 4, no 1, p.16-20.
- Ringa, V., B. Ledesert, R. Gueguen, F. Schiele, et G. Breart. 1992. « Determinants of hormonal replacement therapy in recently postmenopausal women ». *European Journal of Obstetric Gynecology & Reproductive Biology*, vol. 45, no 3, p.193-200.
- Ringa, V., F. Légaré, S. Dodin, J. Norton, G. Godin, et G. Breart. 2004. « Hormone therapy prescription among physicians in France and Quebec ». *Menopause*, vol. 11, no 1, p.89-97.
- Rossouw, J. E. et al. 2002. « Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial ». *JAMA*, vol. 288, no p.321-333.
- Rozenbaum, H. 2000. « Ménopause et THS ». Consulté sur Internet ([//www.menopauseafem.com](http://www.menopauseafem.com).) le 15 juillet 2004.
- Rymer J., R. Wilson et K. Ballard. 2003. « Making decisions about hormone replacement therapy ». *British Medical Journal*, no 326, p 322-326.
- Schneider, H. 1997. « Cross-national study of women's use of hormone replacement therapy (HRT) in Europe. » *International Journal of Fertility and Women's Medicine.*, vol. 42, no 2, p.365-375.
- Sfez, L. 1998. *L'utopie de la santé parfaite - Colloque de Cerisy*. Paris: PUF. La politique éclatée.
- Sicart, D. 2002. « Les médecins, Série Statistiques, Ministère de l'Emploi et de la solidarité », *DREES*, 44, 1er janvier 2002. »

- Sinclair, H., C. Bond, et R. Taylor. 1993. « Hormone replacement therapy: a study of women's knowledge and attitudes ». *British Journal of General Practice*, vol. 43, no p.365-370.
- Sirinelli, J.-F. 2003. *Les baby-boomers*. Paris: Fayard.
- Sofres - Groupe de recherche Servier. 2002. *Enquête 50 ans la vie devant soi*.
- Sofres - Orion. 2003. « Ménopause attitudes ». In *XXIVes Journées de l'AFEM- 28 novembre 2003*.
- Sofres. 1998. *Les femmes et leur gynécologue*, sondage réalisé pour la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale.
- . 2001. Enquête Sofres Santé, THS et Ostéoporose.
- Sperber D. 1994. « L'étude anthropologique des représentations : problèmes et perspectives ». In *Les représentations sociales*, sous la dir. de D. Jodelet, p.115-130, Paris : P.U.F.
- Standing, T. S., et G. Glazer. 1992. « Attitudes of low income clinic patients towards menopause ». *Health Care for Women International*, vol. 13, no p.271-280.
- Stephens, C., C. Budge, et J. Carryer. 2002. « What is this thing called Hormone replacement therapy? Discursive construction of medication in situated practice ». *Qualitative Health Research*, vol. 12, no 3, p.347-359.
- Strauss, A. 1992. *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: L'Harmattan.
- Strauss, A., et J. Corbin. 2003. « L'analyse des données selon la grounded theory. Procédure de codage et critères d'évaluation ». In *L'enquête de terrain*, sous la dir. de D. Cefai, p. 363-379. Paris: Edition la Découverte.
- Strauss, A., et B. Glaser. 1975. *Chronic Illness and the quality of life*. Saint Louis: CV, Mosby Co.
- Tamborini, A. 1996. « Traitement hormonal substitutif (THS): conduite pratique. » *Contraception Fertilité Sexualité*, vol. 24, no 6, p.444-451.
- . 2003. « Réalité du traitement hormonal substitutif de la ménopause par les gynécologues français: OCEANIDES, étude épidémiologique nationale, transversale et longitudinale. » *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, vol. 31, no 11, p.932-939.
- Travaillot, Y. 1998. *Sociologie des pratiques d'entretien du corps*. Paris: PUF.
- Turner, V., et E. Bruner. 1986. *Anthropology of experience*. Urbana: University of Illinois Press.

- Utian, W., et I. Schiff. 1994. « NAMS-Gallup Survey on women's knowledge, information sources, and attitudes to menopause and hormone replacement therapy ». *Menopause The Journal of the North American Menopause Society*, vol. 1, no 1, p.39-48.
- Vaintchok, A., et L. Lamarsalle. 2004. « Le baromètre mensuel Le Généraliste/IMS Health ». *Le Généraliste*, vol. 2281, vendredi 12 mars 2004.
- Van der Geest, S., et S. Reynolds Whyte. 2003. « Popularité et scepticisme: opinions contrastées sur les médicaments ». *Anthropologie et société*, vol. 27, no 2, p.97-117.
- Van der Geest, S., S. Reynolds Whyte, et A. Hardon. 1996. « The Anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach ». *Annual review of anthropology*, vol., no p.155-178.
- Vigarello, G. 1993. *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen âge*. Paris: Seuil.
- Vinel, V. 2002a. « La ménopause, un phénomène social. » In *Colloque Vivre et "soigner" la vieillesse dans le monde - 13-16 mars 2002*. Gênes.
- . 2002b. « Les représentations de la ménopause dans des documents français contemporains ». in *Le vieux dans le miroir. Perceptions et représentations de la vieillesse*, sous la dir. de A. Guerci et S. Consigliere, p. 326-337. Rome: Erga edizioni maggio.
- . 2004. « La ménopause: définitions et pratiques dans le parcours de la vie de femmes contemporaines. » in *Approches sociologiques et ethnologiques de la ménopause - 24 juin 2004*. Université de Metz.
- Von Mühlen, D., S. Kritz, et C. Barret. 1995. « A community based study on menopause symptoms and estrogen replacement in older women ». *Maturitas*, vol. 22, no 2, p.71-78.
- Walter-Ambler, C. 2000. « Psychosocial meaning of menopause : Women's experience ». *Women and aging*, vol. 12, no 3/4, p.117-132
- WHO Scientific Group. 1996. *Research on the Menopause in the 1990s*. WHO Technical Report Series, Geneva, Switzerland.
- Winterich, J., et D. Umberson. 1999. « How women experience menopause: the importance of social context ». *Journal of Women and Aging*, vol. 11, no 4, p.57-73.
- Wool, C., et A. Barsky. 1994. « Do women somatize more than men? Gender differences in somatization ». *Psychosomatics*, vol. 35, no 5, p.445-445.