Pluralisme thérapeutique de femmes françaises en période de ménopause

Virginie Vinel

▶ **To cite this version:**

Virginie Vinel. Pluralisme thérapeutique de femmes françaises en période de ménopause. Revue Internationale sur le Médicament, 2008, 2. halshs-02505881

HAL Id: halshs-02505881
https://shs.hal.science/halshs-02505881

Submitted on 5 Dec 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Pluralisme thérapeutique de femmes françaises en période de ménopause
Version auteur

Revue Internationale du Médicament, vol.2, 2008, pp. 97-138.

Virginie Vinel
Département de sociologie et d'ethnologie
Université Paul Verlaine

Résumé
À partir d'une étude qualitative, à base de récits de vie, l'article montre la multiplicité des médecins et thérapeutes auxquels des femmes françaises en période de ménopause ont recours. Il décrit la pluralité, successive ou simultanée, des produits qu'elles s'administrent. Leur trajectoire thérapeutique, segmentée et multiforme, est analysée à la fois comme le reflet de leur capacité à rester maîtresse de leurs modes de médication, mais aussi comme le résultat d'un bricolage face à un savoir profane et médical instable et insécurisant.

Mots clés : Ménopause – pluralisme thérapeutique – auto-médication – traitement hormonal de substitution – confiance – savoir médical – empowerment.

Abstract
The article shows the multiplicity of doctors and therapists followed-up by French women in menopause interviewed in a qualitative research. It describes the successive or simultaneous plurality of the products they use for themselves. Their therapeutic trajectories are segmented and multiform. They demonstrate both their capacity to remain in control of their medication methods and the do-it-yourself approach in the face of unstable and insecure medical knowledge

Key words: menopause ; therapeutic pluralism ; hormone replacement therapy ; confidence ; empowerment ; medical knowledge ; self-medication.

Introduction

Le pluralisme thérapeutique est souvent observé au sujet des populations des sociétés anciennement colonisées (Fassin 1992 ; Benoist 1993) et des populations immigrées en Occident. Il apparaît d'ailleurs aux anthropologues comme la norme en termes de fréquences et de généralité des pratiques (Benoist 1996). Il est aussi le fait des populations occidentales en raison d'une part, de la technicité croissante de la biomédecine, d'autre part parce que celle-ci a abandonné certains champs relatifs à la santé (douleurs, angoisses) (ibidem). La multiplication de l'offre de soins permet également aux patients de comparer et d'utiliser de façon variée les différentes thérapies proposées (Rossi 1997).
Nous allons interroger ce phénomène dans le cadre d'une étude sur les modes de soins et de thérapies auxquels ont recours des femmes françaises en période de ménopause. Nous reprendrons à notre compte les précautions méthodologiques développées par Benoist (1996) : la nécessité de ne pas rendre cohérente a posteriori des itinéraires thérapeutiques qui relèvent de logiques multiples, des opportunités, des causes structurelles, mais aussi conjoncturelles. La recherche de la complexité des pratiques et des tensions entre les déterminants structurels et les arrangements individuels seront privilégiés.

La question de la ménopause

Les soins relatifs à la ménopause s'exercent depuis les années 1970 dans un contexte scientifique controversé (Kaufert 1988), qui s'est accentué avec les publications en 2002 et

2003 d'études épidémiologiques américaines et anglaises prouvant les risques accrus de maladie cardio-vasculaire et de cancer du sein sous traitement hormonal (Women Health inititative 2002 ; Million women study collaborators 2003). Par ailleurs, la ménopause n'est pas une maladie, mais un phénomène biologique universel marqué par l'arrêt de l'ovulation et de la potentialité à procréer. De nombreux travaux, dans la lignée desquels nos recherches s'inscrivent, ont contribué à déconstruire la catégorie médicale « ménopause ». P. Kaufert (1988) a démontré que la définition biomédicale de la ménopause et des autres périodes (péri, pré, postménopause), relève de conventions médicales et donc d'une construction sociale. D. Delanoë (2001) et N. Diasio (2002) décrivent comment l'invention de la catégorie « ménopause » au tournant du 19e siècle, en France, est associée à des représentations de désordre psychique et de temporalités troublées. N. Oudshorn (2000) met en lumière en quoi le contexte historique, scientifique, technique particulier au tournant du 20e siècle a permis de construire le corps féminin comme corps hormonal, alors que le corps masculin y a échappé en partie.
V. Skultans (1970), Martin (1987), Kaufert (1988), Lock (1993) ont, quant à elles, mis au jour la variabilité de la perception et du vécu de la ménopause selon les cultures et les catégories sociales. Les recherches questionnent particulièrement la concomitance entre la ménopause biologique et le passage social vers la vieillesse, et le hiatus entre la définition médicale de la ménopause et la définition par les femmes elles-mêmes de leur état de femmes ménopausées (Beyene 1986 ; Davis 1986 ; Du Toit 1988 ; Moulinié 1997 ; Guessous 2000 ; Delanoë 2001, 2007 ; Abega, Mbarga, Vernazza-Licht 2002 ; Kosack, Krasberg 2002 ; Dillaway 2003 ; Thoë-Fabre 2005, Vincent 2003, Vinel 2007b).

Il s'agit ainsi pour nous d'interroger les pratiques des femmes dans un contexte de forte médicalisation. En effet, ancienne en Europe (18e siècle), la médicalisation du corps féminin s'est accentuée en France après les années 1970 avec une volonté des politiques publiques (soutenues par les mouvements féministes français) de généraliser la contraception chimique (planning familial) et de promouvoir un suivi régulier, annuel des risques féminins (grossesse, cancer du sein et de l'utérus, ostéoporose, etc.), notamment après 50 ans. Dans ce contexte, le suivi gynécologique de la ménopause est présenté par certaines associations de gynécologues (notamment l'Association Française pour l'Étude de la Ménopause, AFEM) comme un garant de dépistage de ces différents risques[1]. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a nuancé fortement, depuis 2004, ses préconisations concernant la prise de traitement hormonal la réduisant à un temps court et à des femmes souffrant de troubles du climatère suffisamment gênants, ou perçus comme tels. Mais tel n'était pas son discours dans les années 1990 et au début des années 2000[2], périodes qu'ont connu les femmes rencontrées. Par ailleurs, la multiplication des discours et des sources de soins pour la ménopause, le développement des produits phytothérapeutiques notamment, n'enlève rien à l'idée que la ménopause appartient au « dispositif de sexualité » tel que Michel Foucault l'a énoncé. À un

[1] L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, juin 2006, revue en 2008 préconise de ne pas administrer de THM (traitement hormonal de la ménopause) chez les femmes ménopausées en bonne santé sans trouble du climatère et sans facteur de risque d'ostéoporose. Il est recommandé sur une courte durée lorsque la patiente présente des troubles du climatère qu'elle perçoit comme altérant sa qualité de vie. AFSSAPS (2008).
[2] L'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale dans une Conférence de consensus . « Médicaliser la ménopause? » en 1991 dresse un tableau particulièrement accablant de la ménopause : bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, paresthésies (troubles de la sensibilité se traduisant par la perception de sensations anormales (fourmillements, brûlures, picotements), crampes, insomnies, troubles de l'humeur, sécheresse vaginale, troubles du comportement sexuel, ostéoporose, accidents coronariens, troubles fonctionnels de l'appareil génito-urinaire. Et à la question « Faut-il médicaliser la ménopause? » répond en 1991 : OUI, il faut médicaliser la ménopause ce qui sous- entend une surveillance régulière de toutes les femmes ménopausées, traitées ou non » (ANDEM, 1991).

pouvoir centralisé et médicalisé, s'est substitué un ensemble de discours aux sources diversifiées et centripètes. Mais selon certains écrits de Foucault (1994), la multiplication des discours renforce le dispositif de sexualité, qui ne se traduit pas, selon lui, par une intervention uniforme de l'État, mais par l'émergence en des points multiples du corps social, de la santé et de la maladie comme problèmes qui demandent une prise en charge collective (Vinel, 2004a). Comme le soulignent Fassin et Memmi (2004), les formes des biopolitiques se sont fortement segmentées et diversifiées, l'État n'étant plus le seul acteur du gouvernement des corps. L'auteur interroge les formes de subjectivité et de subjectivation qui se construisent dans ce contexte de pluralité d'acteurs agissant pour réguler les corps. Nous le suivrons dans ce questionnement en y ajoutant que le cas de la ménopause s'insère dans un contexte de forte incertitude des savoirs scientifiques. Comment, dans ce contexte, les femmes négocient- elles leur trajectoire de prise en charge gynécologique et de médication, au moment de la ménopause ? Est la question principale de cet exposé. On entend ici trajectoire en transposant – assez librement – le sens que Strauss (1992 : 143) donne à la notion de trajectoire de maladie : « Non seulement le développement physiologique de la maladie de tel patient, mais également toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués. ». Strauss montre que les trajectoires sont souvent complexes et problématiques, et sa notion d'organisation du travail englobe aussi bien les moyens techniques, les professionnels, les paraprofessionnels, que le patient et son entourage. Il s'agit aussi de ne pas isoler la ménopause de l'histoire de vie des femmes, mais d'observer comment celle-ci s'inscrit dans leur parcours social, génésique et médical. Enfin, mettre au jour la complexité des pratiques des femmes demande de les insérer dans le faisceau d'informations et de savoirs qu'elles reçoivent et s'approprient ou non.

Méthodologie

Notre recherche qualitative et ethnographique repose sur des entretiens approfondis, de type récit de vie, auprès de onze femmes de nationalité française, âgées de 42 à 62 ans, dont quatre ont été revues à plusieurs reprises depuis 2003, date du début des entretiens. Le recrutement des interviewées a été réalisé tout d'abord dans le réseau de connaissances, puis par la méthode dite par « boule de neige ». Des observations flottantes telles que Pétonnet (1982) les a définies – discussions informelles, observations d'interactions entre femmes dans des contextes de sociabilité – sont également réalisées depuis ce temps. Les femmes rencontrées ont pour caractéristiques d'être en activité professionnelle ou d'avoir exercé une activité professionnelle. Deux étaient en retraite au moment de l'entretien, les autres avaient un emploi, l'une menait une formation en alternance. Elles ont un niveau d'étude moyen à supérieur (1 Brevet Technique Supérieur en cours ; 3 Baccalauréat, 4 Bac+2 ; 1 Agrégation, 1 Master, 1 Doctorat) ; neuf appartiennent aux catégories des professions intermédiaires (enseignement, tertiaire, santé, formation) et deux à la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures[3]. Elles résident en zone urbaine dans des agglomérations de plus de 200 000 habitants. Leur situation familiale, au moment des entretiens, est diversifiée : trois sont mariées et vivent avec leurs enfants, trois sont mariées, mais leurs enfants ont quitté le foyer, deux sont divorcées et vivent seules, leurs enfants étant partis du foyer, l'une est mariée, sans enfant; l'une est célibataire avec un enfant au foyer, l'une est célibataire sans enfant. Quatre sont grands- mères. Deux des femmes sont juives, mais l'une n'est pas pratiquante et l'autre suit les interdits alimentaires prescrits. Une femme est musulmane, non pratiquante, les autres sont de confession catholique, non pratiquantes. Par ailleurs, l'analyse des documents et de sites français de vulgarisation médicale (Vinel, 2002 ; 2007a) et le

[3] Selon la nomenclature de l'INSEE 2003.

recensement des discours officiels (ANAES [4], AFSSAPS) ont mis en évidence les représentations diffusées sur la ménopause qui permettent de situer les discours et les pratiques de ces femmes dans le champ actuel de ce questionnement.

La recherche portant sur un nombre restreint de personnes ne prétend aucunement à la représentativité, et les données présentées ici montrent qu'il est nécessaire de continuer l'enquête. Toutefois, l'intérêt de la méthode des récits des parcours thérapeutiques et génésiques est de mettre en évidence des pratiques de femmes d'un point de vue diachronique. Notre attention se porte particulièrement sur la dynamique de ces pratiques. En outre, la méthode ethnographique vise à mettre au jour les préoccupations, les pratiques et les représentations de la population étudiée (Evans-Pritchard 1972; Weber 1989), et à comprendre, à travers la singularité, des logiques sociales et culturelles. Pour ces raisons, nous accordons une place conséquente aux paroles des femmes, et à l'analyse des cas singuliers.

C'est donc en écoutant les femmes et en observant leurs interactions que la pluralité à la fois des praticiens consultés et des produits est apparue. Ce sera les deux points qui seront développés dans cet article.

1. La pluralité des praticiens consultés

Pour les femmes rencontrées, la ménopause est un moment flou, une période plus ou moins longue d'incertitudes, d'entre-deux, ce que Kaufert (1988) constatait aussi à propos des femmes du Manitoba (Canada). Mais pour toutes, le médecin joue un rôle central dans la définition de la période de « pré-ménopause »[5] et de ménopause affirmée. En effet, un gynécologue ou un médecin généraliste, lors d'une visite, les a interpellées autour de la quarantaine : « Ah c'est peut-être des signes de ménopause » (rapporté par Elénore, Noria[6]). Le dosage hormonal signifie ensuite aux femmes qu'elles sont ou non ménopausées. Le médecin s'appuyant sur un dispositif technique étiquette donc la femme comme ménopausée[7]. Il devient ainsi le détenteur de ce passage. Le gynécologue (mais cela peut-être aussi un généraliste) apparaît pour Laznik (2003) comme un passeur. Il n'en reste pas moins que les femmes, dans les entretiens, ne peuvent pas dater exactement le moment où elles ont été ménopausées, ce qui leur laisse une certaine marge de manœuvre dans les interprétations. Nos entretiens confirment les travaux de Kaufert (1988) sur le décalage entre la définition biomédicale de la ménopause et celle des actrices sociales, tout en faisant apparaître la place prépondérante que le corps médical prend dans l'étiquetage de la femme comme « ménopausée » (Vinel, 2004b).

Des changements de praticiens

Malgré le rôle central du médecin, toutes n'ont pas un suivi régulier : un tiers n'est pas suivi par un gynécologue. Jeanne (célibataire, un enfant à charge, née en 1940, retraitée) rapporte:

[4] Agence nationale d'évaluation en santé, devenue HAS, Haute Autorité de Santé en janvier 2005.
[5] Cette notion reste floue dans la littérature médicale de vulgarisation et dans le discours des gynécologues. Elle s'ajoute aux autres termes qui sont aujourd'hui profusion : péri-ménopause, post-ménopause.
[6] Les prénoms sont fictifs. Les indications sur leur situation professionnelle et familiale sont écrites la première fois qu'elles sont évoquées, mais ne sont pas répétées pour ne pas alourdir le texte.
[7] R. Massé et F. Légaré (2001) notent le rôle central de la technicité dans la consultation gynécologique au Québec.

« Je n'ai jamais été trop gynécologue, j'ai fait du nomadisme. J'ai jamais accroché avec les gynécologues, alors encore maintenant… et ce n'est pas obligatoire à y aller […] mais je suis suivie parce que j'ai eu un cancer du sein… alors bon je suis suivie par l'hôpital quoi, par le chirurgien, cancérologue ».

Noria (mariée, 2 enfants à charge, née en 1961, aide médico- psychologique, en cours de BTS) est aussi suivie médicalement pour les suites d'une tumeur, et voit régulièrement un médecin généraliste. Elle ne veut plus consulter de gynécologues depuis la naissance de son fils (âgé de 3 ans lors de l'entretien), assimilant les gynécologues aux médecins hospitaliers qui n'ont pas détecté les problèmes de santé de son nourrisson.

Les autres ont un suivi régulier depuis leur jeunesse, entre 17 et 20 ans. Leur première visite date soit de la prise d'un contraceptif oral, soit « d'une visite de contrôle » parce qu'elles prenaient la pilule, soit de la prise en charge d'un problème gynécologique. Depuis, elles vont en consultation chaque année en temps normal (ou plus s'il y a un problème) chez un/une gynécologue. On pourrait alors conclure à une trajectoire linéaire de leur suivi gynécologique. Pourtant, on observe chez toutes ces femmes des changements de gynécologues.

Ces changements peuvent être d'ordre pratique : déménagement, problème du temps d'attente que certaines femmes ne supportent plus. Mais d'autres sont plus signifiants. Tout d'abord, les unes évoquent les phrases déplacées du gynécologue : Claire (mariée, 2 enfants à charge, née en 1959, secrétaire commerciale) : « *Je prenais des trucs … des ovules .. Il a glissé deux trois réflexions du genre : "oui ça c'est la maladie du mari trompé", quoi, surtout que ce n'était pas vrai et même si ça avait été vrai je veux dire ça ne le regarde pas, et je n'ai pas forcément apprécié.* » Viviane (mariée, 2 enfants hors foyer, née en 1945, secrétaire de direction) rapporte elle aussi des propos qui la conduisent à se tourner vers un autre praticien : « *J'ai changé plusieurs fois ici, oui j'avais changé parce que l'autre m'avait énervé, quand il m'a dit que je ne savais plus ce que c'était que d'enfanter. J'avais envie de lui demander : "Vous vous savez ce que c'est ?"* »

D'autres évoquent la froideur, l'absence de dialogue ou d'explication claire voire de réponses aux questions posées, qui les entraînent à changer ou à ne pas se fier uniquement à ce praticien. Enfin, un problème non résolu par le praticien a conduit Marianne (divorcée, 2 enfants mariés, née en 1948, psychologue scolaire) à se tourner vers un autre gynécologue :
« Dès qu'il y a eu une petite irrégularité la gynéco a dit "On va tout de suite donner des oestrogènes" et j'ai tout de suite eu un traitement. Je devais avoir 49 ans et ce traitement était trop fort, j'ai eu des hémorragies épouvantables…. Je suis retournée la voir, elle a changé de traitement, ça n'a rien changé. J'ai changé de gynéco qui m'a dit : "Mon Dieu mais qu'est ce que c'est que ça ! Il ne fallait surtout pas prendre de traitement comme ça, vous êtes beaucoup trop jeune !" ».

La femme interprète la non-résolution de son problème comme un signe d'incompétence du praticien et se tourne vers un autre professionnel qui confirme, aux yeux de cette personne, l'insuffisance de son collègue. Par ailleurs, il est notable que dans la majorité des entretiens réalisés, le discours des femmes envers leur gynécologue ou leur médecin traitant est jalonné de termes affectifs : les mots « aimer », « sympa », « adoré » sont récurrents. En voici deux exemples :
Claire : « *Donc moi je prends toujours rendez-vous quand il y a la remplaçante parce qu'elle je l'adore !* »

Cigale (séparée, cohabitant avec sa fille, née en 1950, professeur agrégée) : « *j'l'aime pas, j'ai pas de sympathie pour lui. C'est un mec qui fait du fric… en même temps qui a l'air très compétent, qui te conseille bien, tout ce qui est technique…* »

Ces affects appliqués à un professionnel médical ne manquent pas de surprendre, mais ils participent à la construction de la relation de confiance ou de « défiance » de la femme envers le médecin. Cette confiance attribuée ou non au praticien comprend une combinaison de signes de sérieux, de compétence, d'écoute, d'attention, et de non-jugement. Ils peuvent aussi résulter du fait que le gynécologue traitant de l'intimité corporelle et affective des femmes, elles l'insèrent dans ce champ de leurs affects pour accepter cette intrusion. Toujours est-il que cette transposition d'affects envers le gynécologue fragilise sa position et conduit les femmes à en changer lorsque la charge de sympathie se dissout. Elles pratiquent ainsi la pluralité des personnes, mais aussi la pluralité des types de professionnels et des sources d'informations.

Une pluralité d'avis et de sources d'informations

En matière de suivi et d'administration de traitement autour de la ménopause, les femmes rencontrées consultent plusieurs avis, simultanément ou successivement. Au premier chef, on décèle le médecin généraliste, allopathe ou homéopathe, mais aussi des médecins hospitaliers et des thérapeutes des médecines alternatives. Trois cas nous semblent significatifs. Ainsi, Cigale a déjà pris l'avis de son médecin homéopathe en qui elle a une totale confiance. Elle raconte :
« Donc j'ai un homéopathe chéri qui m'a dit "Bon les THS…" Il m'a dit deux choses : "Les THS on en parle, tout le monde en parle, tous les magazines féminins : THS, THS THS…" Il me dit "Suffit de regarder les groupes qui détiennent les magazines féminins pour savoir que c'est de la publicité déguisée". Mais a- t-il ajouté : "Y a des gens à qui ça convient d'autres à qui ça ne convient pas, demandez l'avis à gynécologue", machin truc…J'y suis allée, qui m'a prescrit (un THS). Tout en disant c'est plus ou moins un traitement de confort »

Viviane a déjà parlé de ses changements autour de la quarantaine (42-43ans date-t-elle) à son médecin généraliste qui lui a prescrit des médicaments « légers ». Puis faisant le constat que « cela ne suffisait pas », elle en a parlé à sa gynécologue, qui lui a prescrit un THS[8]. Après son opération d'un nodule dans le sein, elle a demandé l'avis au chirurgien, au médecin généraliste et à la gynécologue sur le fait de reprendre ou non un THS (en 1998) qui sur le moment lui ont déconseillé. L'année suivante, la gynécologue lui a proposé à nouveau le THS, elle en a alors reparlé à son médecin généraliste et au chirurgien auprès duquel elle devait faire un examen de contrôle, les deux lui ont eux plutôt déconseillé. Et Viviane a pris la décision de ne plus suivre de THS. En 2006, elle n'en a pas repris. Marianne, quant à elle, a pris des avis successifs de plusieurs gynécologues et d'un phytothérapeute pour en définitive arrêter le THS en 2002.

Les femmes interviewées obtiennent également des informations auprès de leurs paires (amies, et collatérales) et de la presse (magazines féminins, hebdomadaires). Ainsi, si les femmes nous disent peu discuter de leurs symptômes de ménopause avec leur entourage, elles parlent des produits prescrits ou utilisés et s'échangent des informations sur leurs effets. Ces sources d'informations profanes semblent uniquement féminines : les « copines », les

[8] Les instances médicales françaises parlent depuis 2006 de traitement hormonal de la ménopause (THM), mais j'ai conservé pour cet article l'acronyme THS employé couramment dans la période des interviews.

sœurs, les belles-sœurs, essentiellement. On a pu observer des interactions, notamment dans la cuisine, alors que les femmes débarrassaient et faisaient la vaisselle, où des sœurs s'échangeaient des informations sur les médicaments prescrits. On retrouve également cette demande d'informations sur les produits (THS ou phytohormones) sur le forum de l'AFEM[9].

D'autres femmes prennent des informations aux sources de médecines alternatives : ainsi, Eva (divorcée, 2 enfants hors foyer, chef de service) opposée à la prise d'hormones de substitution (avant 2002), ne prend ses informations qu'auprès de sources parallèles à la médecine officielle : des animateurs de stages de développement personnel ou de stages de bien-être qu'elle fréquente assidûment. Marianne, un peu dans le même esprit, s'informe par un magazine de médecine alternative auquel elle est abonnée. Claudine (célibataire, sans enfant, née en 1949, cadre de gestion) réinvestit des savoirs acquis auprès de thérapeutes parallèles (kinésiologue, ostéopathe) sur les vitamines ou des plantes pour accompagner sa ménopause. Les femmes rencontrées font donc la démarche de recevoir une pluralité d'avis à la fois médicaux et « profanes », elles sont donc actrices de la prise en charge de leur ménopause. Ce fort empowerment repéré auprès de cette population provient peut- être de son niveau socio-culturel relativement élevé. Des conversations plus informelles avec des femmes de niveau de qualification inférieure sembleraient montrer qu'elles sont plus soumises au verdict du médecin, mais cela reste à vérifier[10]. Aucune différence de comportement n'apparaît selon la religion des interviewées. Il semble que les femmes seules, sans enfant à charge, ont recours à une plus grande pluralité de praticiens, ce qui pourrait s'expliquer par une plus grande disponibilité. Une représentation de la médecine bio-médicale comme contrevenant au fonctionnement « naturel » du corps apparaît comme un facteur déterminant les femmes à se tourner vers des médecins et des produits considérés comme moins nocifs pour le corps – nous y reviendrons. Le déterminant majeur, pour ce groupe de femmes, s'avère le parcours thérapeutique général, fait de réussite ou d'échecs, qui influe sur la multiplication, la stabilité, ou l'évitement des consultations de praticiens.

Pourtant cette démarche de multiplier des sources de traitement n'est pas sans effet : certaines se sentent déconcertées par la multiplicité des informations, parfois contradictoires qu'elles reçoivent, tant en matière de traitement que de réalité des périodes autour de la ménopause. Ainsi, Pauline (mariée, sans enfant, née en 1953, secrétaire) a parlé à son gynécologue de la ménopause lorsqu'elle approchait de 50 ans – alors qu'elle n'en percevait pas de signes. Mais il lui a fait une réponse décalée par rapport à tout ce qu'elle entend et lit, ce qui l'a déconcertée :
« On peut avoir des avis de médecins totalement différents. Alors le gynéco que je vois, lui me dit que pour lui la pré-ménopause n'existe pas, pour lui. Et moi je lis des revues […] on ne parle que de ça ; je ne comprends plus rien. »

Malgré les définitions de l'OMS, la pluralité des termes employés dans les documents de vulgarisation (Vinel, 2002) et les interprétations qu'en font les praticiens, accroissent le sentiment de confusion et d'incertitudes pour ces femmes. R. Massé et F. Légaré (2001) ont trouvé le même type de multiplicité de sources d'informations chez les femmes québécoises, et le même effet de déstabilisation. Kérisit et Pennec (2001) montrent, quant à elles, comment le nombre de périodes autour de la ménopause augmentant et se fragmentant – pré-

[9] Http://www.menopauseafem.com, consulté en avril 2006. Ces questions apparaissent surtout en 2004.
[10] Cela peut être contredit par les résultats des études de D. Delanoë (2001) et C. Thoer-Fabre (2005) dans lesquelles la prévalence des THS est plus élevée chez les femmes de niveau socio-culturel supérieur. Mais ces mêmes résultats indiquent que le niveau socio-culturel et économique n'est pas la variable la plus pertinente dans les représentations et le vécu que les femmes se font de la ménopause.

ménopause, post-ménopause, péri-ménopause – tend à effacer le vieillissement tout en condensant 30 à 40 ans de la vie des femmes dans des notions médicales.

Pour conclure cette partie, nous recourrons à l'analyse de Giddens (1994) qui éclaire les pratiques observées : pour l'auteur, les médecins sont des points d'accès, c'est-à-dire des points de contact entre les profanes, les collectivités et les systèmes abstraits, ici les savoirs et les pratiques médicales autour de la ménopause. La confiance ou la défiance est fortement influencée par l'expérience vécue par les profanes aux points d'accès. Ainsi, les expériences insatisfaisantes vécues auprès des gynécologues entraînent des consultations multiples auprès de plusieurs types de médecins et souvent de plusieurs praticiens de la même spécialité. Pour certaines, des expériences traumatisantes auprès du corps médical mènent à ne plus consulter du tout, du moins pendant un temps. La fragilité de ces points d'accès en matière de ménopause mène aussi les femmes à accumuler les avis médicaux et les informations profanes. En même temps, la réactualisation des connaissances, notamment en matière de substitution hormonale, leur diffusion et leur interprétation diversifiée, voire contradictoire, par les instances médicales nationales et internationales, par les médecins consultés et par la presse, génèrent de très grandes incertitudes pour les femmes. Le fait que la ménopause ne soit pas a priori une maladie, mais un phénomène physiologique et les représentations multiples qui lui sont liées participent sans doute aussi à la diversification des points de vue sollicités. Ces tensions conduisent les femmes à adopter aussi des stratégies ou des tactiques[11]11 (De Certeau 1990) par rapport aux produits proposés.

2. Segmentation et pluralité des modes de médication

Avant d'envisager les traitements liés à la ménopause, nous avons interrogé les femmes sur les modes de contraception utilisés pendant leur vie féconde. La moitié des femmes ont, ou ont, eu une contraception homogène et linéaire soit par pilule contraceptive, soit par stérilet. L'autre moitié a des itinéraires segmentés dans la contraception que Cigale résume bien : *« Et puis après j'ai continué, et puis j'ai eu plein de petites infections : stérilet infection, pilule, salpingite, re pilule, plus de pilule… Enfin, j'ai eu tout ce qu'on peut faire… »*
Viviane, quant à elle, arrêtait la pilule contraceptive lorsqu'elle en avait envie, Jeanne la suspendait quand elle n'avait plus de relations amoureuses. Noria et Claire (les plus jeunes de l'enquête) ne prennent plus de pilule contraceptive depuis plusieurs années, car elles l'associent à des problèmes de santé : l'une au cancer du sein de sa mère et à l'incompatibilité entre pilule et tabagisme, l'autre à des dérèglements menstruels incessants lorsqu'elle est sous contraceptif.

Autour de la ménopause, des pratiques segmentées sont aussi observables. Peut-être faut-il rappeler, qu'en France, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a fait des recommandations pour restreindre la prescription des traitements hormonaux de substitution aux femmes fortement indisposées par les troubles climatériques et pour réduire leur prise dans le temps (cf. Supra). Le Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF) recommande, aussi, de ne pas prescrire de traitement

[11] En suivant les définitions de M. De Certeau (1990 : 59-63) : la stratégie est un calcul des rapports de force qui devient possible à partir du moment où un sujet de vouloir et de pouvoir est isolable d'un environnement ; la tactique est un calcul qui ne peut compter sur un propre, une frontière distincte avec l'autre pris comme une totalité. La tactique dépend du temps, vigilante à saisir au vol les possibilités de profit. Ce qu'elle gagne elle ne le garde pas, elle joue avec les événements pour se faire des occasions.

hormonal si les femmes n'expriment pas de symptômes et souligne les effets potentiellement délétères de tous les médicaments[12]. Toutefois, l'Association Française d'Étude de la Ménopause (AFEM) encourage les femmes à être traitées jusqu'à 5 ans arguant notamment que les femmes sous THS sont plus suivies et donc plus souvent dépistées. Se basant sur les résultats des études française et américaine (deuxième bras de WHI et l'étude E3N et ESTHER[13]), cette association cherche à contredire l'idée de risque des traitements substitutifs hormonaux prescrits en France. Les gynécologues médicales interviewées par Thoër-Fabre (2005) défendent la même position et sont globalement favorables à la prise de THS.

Des traitements discontinus

Parmi les femmes interrogées, la majorité (10/11) ne prend pas au moment du premier interview, de THS et ne veut pas ou plus en prendre. Six femmes n'ont jamais reçu de traitement hormonal, soit parce qu'elles ne sont pas encore dans une phase de ménopause affirmée lors de l'entretien, soit parce qu'elles le refusent. Il semble que dans notre échantillon, les femmes ne prenant pas de THS sont surreprésentées par rapport aux femmes françaises puisqu'il est estimé, en 2004, que 30 à 50% des femmes françaises suivent un traitement hormonal[14]. Mais outre que ces chiffres ne sont que des estimations, ils ne rendent pas compte de la diachronie des modes de médication. Les cinq femmes qui prennent ou ont pris un THS pendant plusieurs années n'ont pas suivi un traitement continu. Quatre trajectoires dans le THS sont intéressantes à présenter de façon détaillée :

Cigale, en 2004 raconte : *« J'y suis allée, et il m'a prescrit [un THS]. Tout en disant : " c'est plus ou moins un traitement de confort, vous faites des fenêtres[15] quand vous avez envie." […] Donc voilà en ce moment j'le prends pas. Souvent j'ai interrompu l'été […] pour ne pas l'oublier, quand t'es en déplacement… »*

Revue en janvier 2006, Cigale est à nouveau sous traitement hormonal. Je lui parle des résultats de l'enquête WHI ; elle me répond : *« Je ne sais pas, je ne veux pas savoir. Cela ne me concerne pas trop. »* Puis elle ajoute : *« Mon gynéco m'a dit que j'avais encore le temps et B (son homéopathe) m'a dit que je peux continuer. J'ai une totale confiance en B. Je n'ai pas confiance en K (son gynécologue) mais en B, totale ».* Elle déploie également des stratégies pour conserver un traitement qui lui plaisait : *« A un moment j'crois qu'on a changé, et j'ai pas compris pourquoi, et j'ai fait mine de dire "Ca va moins bien, j'ai des migraines", donc on m'a remis mon ancien traitement ».*

---

[12] « Les risques liés à la prescription hormonale doivent être évalués par le médecin en fonction des troubles dont se plaint la femme. En l'absence de troubles, il n'y a aucun bénéfice à prescrire des hormones qui, par ailleurs, ont comme tous les médicaments des effets iatrogènes. » site CGNOF, communiqué de presse du 18-11-2005, consulté le 19 octobre 2006.

[13] « l'étude E3N (3) effectuée sur une cohorte de près de 70.000 femmes a montré une absence d'augmentation du risque de cancer du sein même au-delà de 6 années avec l'association estradiol/progestérone naturelle micronisée et l'étude ESTHER (4) a mis en évidence une absence d'augmentation du risque de thrombose veineuse avec les estrogènes administrés par voie cutanée. Par ailleurs, les résultats initiaux de l'étude WHI ont conduit à suggérer l'hypothèse de la fenêtre d'intervention : les effets du THS sur le risque cardio-vasculaire pourraient être fonction du moment de son initiation. » menopauseafem.com, consulté le 30 avril 2006. Le compte-rendu des xxviiièmes journées de l'afem affirme : « La durée d'un THS, comme celle des symptômes de la ménopause, sera très variable d'une femme à une autre. Actuellement, il n'y a pas de durée limite, fixe et imposée, à la poursuite d'un THS. » (p.3) consulté sur menopauseafem.com, le 3 juillet 2008.

[14] En 2002, l'afem évalue à 2 millions le nombre de femmes suivant un THS. Selon C. Thoër-Fabre (2005), le nombre précis de femmes suivant un THS n'est pas connu en France. Il est évalué entre 30 à 50% des femmes françaises âgées de 48 à 64 ans, soit 1.5 à 2.7 millions d'individus (AFSSAPS-ANAES, 2004) (cité par Thoër-Fabre, 2005 : 35).

[15] Le terme « fenêtre » est utilisé en abrégé de l'expression « fenêtre thérapeutique » et désigne chez cette femme des moments d'interruption du traitement hormonal.

Pendant les temps d'arrêt du THS, elle prend par auto-médication des produits à base de soja, et des compléments alimentaires qu'elle trouve en para pharmacie. Ces prises de compléments viennent d'une information diffuse issue de son entourage (« copines ») et de lectures de magazines. Cigale, pour qui la ménopause est un phénomène plutôt flou qu'elle lie essentiellement à la prise de poids, aux sautes d'humeur[16] et aux bouffées de chaleur, prend un traitement hormonal de substitution pour pallier les bouffées de chaleur, qu'elle supporte mal, mais elle n'apprécie pas non plus la prise continue d'un médicament perçue comme contraignante dans sa vie quotidienne. De plus, sa prise de THS est déterminée par la confiance qu'elle a en son homéopathe. Son évaluation personnelle des bénéfices et des gênes liés au traitement ou à son arrêt l'a donc conduit à une prise discontinue du traitement, pratique corroborée, selon elle par son médecin de confiance.

Pour Jeanne et Viviane, des accidents de santé sont venus interrompre le traitement hormonal. Jeanne ne prenait aucun traitement. Puis en 1995, alors âgée de 55 ans et ménopausée, elle a lu dans un ouvrage que le THS protégeait contre les risques cardio-vasculaires et contre l'ostéoporose. Elle a alors demandé à un gynécologue de lui en prescrire après un bilan de santé. Deux ans plus tard, atteinte d'un cancer du sein, elle arrête tout traitement et ne reprendra rien.

« Je n'ai pas pris de traitement hormonal au moment de la ménopause parce que… une fois que j'étais ménopausée, ça allait, il n'y avait plus de… j'ai eu quelques bouffées de chaleur mais je les ai réglées avec un médicament qui n'était pas des hormones. Et d'ailleurs ce généraliste ne m'a jamais proposé de traitement hormonal, je ne sais pas pourquoi, bon. Alors bon, j'avais lu un bouquin et puis il parlait beaucoup de la protection cardio-vasculaire. En fait, c'est ça qui me faisait un peu peur, quoi ! Alors je me suis dit : "Je vais quand même m'y mettre". Alors bon j'ai fait un bilan de santé, j'avais fait des examens, j'ai fait une mammographie, et tout. Et puis bon je suis allée voir un gynéco et puis il m'a prescrit ça [un THS] ».

Jeanne, pour qui la ménopause n'a pas été un fait marquant, a pris un THS en prévention d'un risque, et l'a arrêté suite au cancer du sein et pour empêcher une récidive. Au moment de l'interview, son attention se pose davantage sur ses difficultés familiales et de santé qui rendent mineure la ménopause et son traitement. Viviane, quant à elle, a commencé par prendre des « trucs légers un peu homéopathiques » autour de 43 ans « quand l'humeur n'était pas très bien » prescrits par son médecin généraliste. Puis, elle a suivi un traitement hormonal, patch et gel, pendant 2 ans et demi. Elle voit ce traitement comme « un confort pour la femme », mais elle l'a interrompu suite à un début de cancer du sein. Après l'opération, ses praticiens lui déconseillent de reprendre un THS, puis cinq ans plus tard, sa gynécologue le lui propose à nouveau. Elle refuse alors, évaluant que le risque est trop important par rapport aux bénéfices attendus (essentiellement arrêt des bouffées de chaleur) et affirme ainsi sa volonté face à l'autorité médicale : « *A cause du sein, ils m'ont dit que jamais plus ils me le donneraient, jamais, il m'a dit jamais et puis maintenant il me le donnerait ! C'est vrai que des fois, je*
suis un peu tentée […] Tu sais t'entends déjà tellement maintenant qui disent que ça te provoque des si, des ça… puis si ça me colle le cancer du sein, et qu'on me l'enlève après….

[16] Ces deux symptômes sont aussi associés à l'âge et à son caractère dépressif. J'ai montré ailleurs que contrairement aux représentations de la vulgarisation médicale, les femmes ont une perception complexe et des vécus diversifiés des passages qui se jouent entre 40 et 60 ans et ne réduisent pas ces transformations au phénomène biologique de la ménopause (Vinel, 2004b).

Mais bon je n'avais pas envie [de le reprendre], alors si je n'ai pas envie, je peux pas faire, hein ! Si je n'ai pas envie. »

De 1999 à 2005, elle pallie les désagréments des bouffées de chaleur avec des produits trouvés en pharmacie à base de soja. Puis sa gynécologue la met en garde contre les effets du soja, inconnus à long terme, et lui prescrit un traitement local non hormonal contre les bouffées de chaleur qu'elle prend plus ou moins régulièrement. Le changement de mode de médication correspond, pour cette femme, à un accident de santé dans son parcours, mais ses choix de traitement rendent aussi compte de l'évolution de sa perception de la ménopause. Alors qu'elle l'associe plutôt aux altérations de l'humeur[17], au début de la quarantaine, le traitement hormonal lui apporte un confort de vie. Puis, ménopausée depuis plusieurs années, elle perçoit essentiellement deux symptômes – les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale – que des traitements locaux semblent suffisants à pallier. Sa représentation du traitement hormonal substitutif comme portant un risque important la conforte dans son opposition à le reprendre malgré l'avis médical.

Le parcours de Marianne dans le THS est aussi très lié à la négociation qu'elle a faite entre les arguments des gynécologues et ses propres convictions. Dès les premiers signes de ménopause, un gynécologue lui a prescrit des hormones qu'elle a très mal supportées (hémorragies). Au bout de quelques mois, elle a consulté un autre gynécologue qui lui a prescrit un autre traitement hormonal qu'elle a arrêté d'elle-même. Elle l'explique : *« On m'a donné un traitement hormonal substitutif et quelque part je ne le prenais pas de bon cœur, et je pense que c'est important, quand on prend un traitement, qu'on y croit, qu'on le prend parce qu'on sait qu'il va être positif sur notre organisme et là il y a quelque chose qui me faisait dire que ça ne me convenait pas, donc je l'ai arrêté [sans consulter personne] »* Elle va alors voir un phytothérapeute et prend des plantes dont elle est satisfaite. Puis nouveau déménagement elle consulte un nouveau gynécologue qui la persuade de reprendre un THS. Elle fait une para-phlébite, se fait soigner, retourne chez le gynécologue qui lui dit alors : *« "Écoutez faites ce que vous voulez ! Voilà vous continuez, vous arrêtez, faites ce que vous voulez". Je suis sortie de son cabinet et là je me suis dit : "Maintenant tu vas faire ce que tu ressens toi : pas de traitement". »* Elle a alors consulté un « excellent naturopathe » à Paris, et prend depuis journellement des plantes qu'il lui a prescrit. Elle y ajoute des compléments alimentaires qu'elle a découverts dans un magazine de médecine alternative.

Dans ces parcours, la pluralité et les segmentations des modes de médication apparaissent clairement. Les femmes rencontrées sont prudentes par rapport aux prescriptions médicales en matière de ménopause, y compris avant la promulgation des résultats de l'enquête des Women's Health Initiative (2002). Après un traitement d'une plus ou moins longue durée, elles mesurent le risque trop important par rapport aux bénéfices, et préfèrent l'interrompre, quel que soit l'avis médical. Ces séquences plus ou moins irrégulières, selon les femmes, sont dues à des accidents de santé qu'elles interprètent en terme de risque ou de signal lié au THS, mais aussi aux hésitations des médecins tels que les patientes le perçoivent (avant même les publications de la WHI).

Ainsi, dans la perception et la mémoire que ces femmes reconstruisent de l'intervention de leur médecin, à part deux expériences de persuasion dans les parcours de Viviane et Marianne, on note une forte part de flou et d'ouverture de la part des médecins. Ce flou peut être vu comme une grande liberté accordée aux femmes et une réelle prise en charge par elles-

[17] Qu'elle ne lie pas exclusivement à la ménopause, mais aussi à un passage d'âge, notamment le départ de ses enfants.

mêmes de leur mode de médication. En même temps, cette indétermination laisse ces femmes relativement seules face à la décision de prendre ou d'arrêter ce traitement médical. Ainsi, il apparaît surprenant que dans le discours des gynécologues, rapportés par Cigale et Marianne, les propositions « Faites comme vous voulez » reviennent concernant un traitement dont il est prouvé qu'il n'est pas sans risque[18].

Ces femmes prennent donc leur décision en fonction d'informations contradictoires et lacunaires, en fonction des professionnels qu'elles rencontrent et auxquels elles accordent ou non leur confiance. Leurs affects (« envie », peur, « ressenti ») et leurs représentations des médicaments et des produits préconisés par les médecines alternatives interviennent également dans leur choix.

La pluralité des produits administrés

Les cinq femmes qui ont pris/prennent un THS, n'en utilisent pas moins d'autres produits qu'elles s'administrent par auto- médication. Ce mode est général chez les femmes qui n'ont pas pris de THS, et s'assortit de prescriptions de médecins parallèles. Il est notable que huit femmes sur onze prennent des produits de compléments en liens avec la ménopause. Parmi les sept femmes qui n'ont jamais suivi de THS, quatre prennent des compléments alimentaires qu'elles ont connus par les biais cités plus hauts : thérapeutes des médecines parallèles, magazines spécialisés ou non, amies. L'une s'est vue prescrire du calcium et de la vitamine D3 par sa gynécologue.
Le cas de Claudine est éloquent. Laissons lui la parole : *« En septembre 2004, pour la première fois, j'ai eu… tout à coup : t'as chaud. Mais c'était pas submergeant. ... j'ai filé chez ma gynéco. Elle a évoqué le fait de me donner des THS. Donc la toubib était pas très sûre. Et pour des tas de raisons, je suis dans l'état d'esprit de le passer le plus naturellement possible. E., ma toubib, ne connaît pas les médecines alternatives. Y a donc beaucoup de choses que je fais de moi-même.* »

Ainsi, Claudine, qui pense la ménopause comme un phénomène naturel, prend depuis 2004 de l'huile de bourrache, de l'huile d'onagre et « un autre truc à base de plantes ». Elle a connu ces produits par le biais de thérapeutes alternatifs (ostéopathe et kinésiologue) qu'elle a rencontrés dans son parcours thérapeutique hors du champ de la gynécologie. Elle en a lu aussi les indications dans un ouvrage et dans une brochure sur les plantes.
Les produits phytothérapeutiques sont présents dans les modes de médication de six femmes et les compléments alimentaires dans 8 cas sur 11. Ces produits, dont les femmes ne connaissent pas toujours la composition exacte, leur apparaissent inoffensifs car dits « naturels ». Elles les utilisent, d'une part, pour pallier les symptômes externes de la ménopause, essentiellement les bouffées de chaleur, et pour certaines, les variations d'humeur. Deux pensent ces produits comme efficaces pour garder une bonne santé et des qualités esthétiques (élasticité de la peau par exemple) et pour prévenir des effets à moyen terme, tels que l'ostéoporose. La part d'auto-médication est importante dans le parcours thérapeutique de plusieurs de ces femmes, mais il n'est pas le seul mode puisqu'il peut être aussi accompagné de prescriptions médicales. Les types de produits utilisés en auto-médication sont aussi hétérogènes puisqu'ils relèvent de l'homéopathie, de la phytothérapie et des compléments vitaminiques, successivement ou simultanément.

[18] Jacqueline, âgée de 59 ans et rencontrée en décembre 2005 lors d'une conversation informelle, affirme que l'arrêt du THS dont elle était très satisfaite a été décidé par sa gynécologue, car elle le prenait depuis de longues années. Ce témoignage vient nuancer les cas étudiés, où les femmes semblent relativement libres.

Parmi les quatre femmes qui n'utilisent que des produits phytothérapeutiques et homéopathiques, les représentations de la ménopause sont hétérogènes, mais elles développent des représentations similaires concernant les médicaments prescrits par la médecine bio-médicale vue comme agressifs pour le fonctionnement « naturel » du corps. Mais cette représentation se retrouve aussi parmi les femmes qui ont suivi un traitement hormonal et l'ont interrompu. Aucune des femmes rencontrées n'adhère totalement au modèle bio-médical, contrairement à certaines femmes interviewées par Thoer-Fabre, Garnier et Dufort (2007)[19]. Pour autant, presque toutes cherchent à pallier des symptômes immédiats ou différés par l'administration de produits. Dans cette quête de soins, la transmission intergénérationnelle intervient peu.

L'absence de transmission intergénérationnelle

Si les femmes trouvent auprès de leur entourage féminin, surtout les pairs, amies et collatérales (cousines, sœurs, belles-sœurs) des informations sur différents produits, aucune ne nous a indiqué de savoir transmis entre générations pour soulager les gênes relatives à la ménopause. Quelques-unes ont dialogué avec leur mère sur sa ménopause et acquis quelques informations. L'une des femmes a reçu de sa mère un discours préventif l'orientant vers les traitements hormonaux, mais la discrétion, voire le silence entre mère et fille, entoure plutôt ce passage. La connaissance de la ménopause de leur mère passe par la vue (des bouffées de chaleur, des variations d'humeur) et renvoie plutôt une représentation négative (Vinel, à paraître). La ménopause semble avoir toujours été entourée de silence. En effet, les ouvrages folkloriques français ne mentionnent aucun acte rituel marquant le passage de la ménopause et Van Gennep (1981) traite successivement des cérémonies du mariage et des funérailles, sans référence au vieillissement. Sébillot (1968) ne présente les femmes âgées que sous l'archétype de vieilles femmes veuves et maléfiques[20]20. La ménopause – du moins le passage de la fécondité aux générations suivantes – est évoquée, toutefois dans la littérature orale : dans les versions du conte du Petit Chaperon rouge analysés par Verdier (1978), la vieille femme, mangée par le Chaperon rouge, abandonne la fécondité à sa fille ou à sa petite-fille (selon les versions). Verdier (1979) décrit comment, dans la Bourgogne du 19ème siècle, lorsque le dernier fils se mariait, sa mère cassait un pot de terre, marquant ainsi la fin de son activité féconde. Mais ces auteurs ne rendent pas compte de savoir thérapeutique relatif à la ménopause. Une étude plus approfondie auprès de femmes âgées, en France rurale, révélerait peut-être un savoir local spécifique aux symptômes de la ménopause, mais en l'état des connaissances, nous ne pouvons que constater que les mères des femmes interviewées n'ont pas transmis de savoirs spécifiques à la ménopause et sont restées discrètes sur ce passage physiologique.

Conclusion

Le pluralisme thérapeutique autour de la période de la ménopause apparaît clairement dans cet échantillon restreint de femmes françaises, urbaines, de catégories sociales moyenne et

[19] Thoer-Fabre, C. Garnier et F. Dufort (2007) ont montré que les réactions de 26 femmes françaises interviewées ont été variables face à la publication de cette enquête. Les femmes qui témoignent de représentations positives à l'égard de l'hormonothérapie adhèrent au modèle biomédical de la ménopause et la publication de l'étude WHI ne remet pas en cause leur traitement car elles ne se sentent pas concernées par les risques exposés. Certaines femmes sont ambivalentes à l'égard du traitement hormonal auquel elles attribuent des bénéfices, mais également des risques. Enfin, un dernier groupe de femmes fait état de représentations négatives à l'égard des traitements hormonaux insistant sur les risques de pathologies graves, et soit ne prennent pas de traitement hormonal, soit l'ont suspendu, et ont recours à des produits dits « naturels ».

[20] Il est possible que les folkloristes en tant qu'hommes n'aient pas relevé ces pratiques qui ne touchaient que l'univers féminin, et sans doute n'étaient parlées qu'entre femmes.

supérieure. Ces résultats ne se démarquent pas d'autres travaux réalisés sur des pathologies et des populations très différentes. Ainsi Cathébras (1996) constate que plus de la moitié des enquêtés hospitalisés ont recours à des médecines alternatives. L'étude de cas d'un malade du sida dans les années 1990 (Vernazza-Licht 1996) montre son investissement considérable dans une pluralité de soins et de types de soignants. Les femmes rencontrées font appel à une pluralité de thérapeutes, médecins généralistes, homéopathes, différents gynécologues, thérapeutes des médecines alternatives, soit pour les consulter directement sur la question de la ménopause, soit auprès desquels elles accumulent un savoir sur les produits (notamment phytothérapeutiques) qu'elles se réapproprient à la ménopause. Aux sources d'informations médicales ou para-médicales, s'ajoutent des sources profanes : presse, amies, collatérales.

À partir de cette pluralité d'informations, les femmes réalisent une sorte de bricolage de médication qu'elles construisent à partir de plusieurs facteurs : tout d'abord la confiance qu'elles accordent à leur(s) praticien(s), leur évaluation des bénéfices/risques, leurs affects, leur expérience faite d'essais- arrêts, leurs représentations des médicaments et des produits des médecines alternatives. Leurs choix sont dynamiques, centripètes, dans le sens où elles se réapproprient des savoirs locaux et globaux peu stabilisés. Cigale le résume en riant : « j'sais pas, j'ai l'impression de faire, un peu au pif ».
Cette pluralité des thérapies employées par la majorité de ces femmes peut être analysée de deux façons, à la fois antithétiques et complémentaires. D'une part, ces femmes semblent rester actrices de leur mode de médication et résister en partie à la prise en charge de leur corps par l'institution médicale en bricolant par elle-même leur parcours thérapeutique. D'autre part, ce bricolage est le résultat de l'instabilité et de l'insécurité dans lesquelles se retrouvent ces femmes, soumises à l'injonction d'apporter des suppléments (hormonaux, vitamines…) pour pallier les gênes et problèmes pensés comme consécutifs à la ménopause, et à la fois seules, sans références assurées, face à un savoir mouvant. Giddens (1994) illustre bien cette tension de l'existence sociale contemporaine dans laquelle les individus se réapproprient en partie les savoirs experts, notamment aux « points d'accès », mais « pour les gens ordinaires, tout cela ne contribue guère à augmenter l'impression de contrôle et de sécurité dans la vie quotidienne […] Le profane voyage tout de même à bord d'un camion fou. »

Notre conclusion ne saurait, pour autant, être généralisée et ne peut que rester sous forme d'hypothèse qui doit être confirmée et affinée par un nombre plus important d'entretiens, notamment auprès de femmes de catégories sociales plus populaires.

Références

Abega, S., Mbarga, J., Vernazza-Licht, N. (2002), « Activité sexuelle et qualité de vie des femmes ménopausées au Sud Cameroun » : 356-369 in Guerci A., Consigliere S., Il Vecchio allo specchio. Percezioni e rappresintazioni della vecchiaia, Gêne, éd. Erga.

AFEM, menopauseafem.com, consulté le 30 avril 2006.

AFSSAPS, « THM, Point d'étape, réévalué en 2008 », agmed.sante.gouv.fr, consulté le 3 juillet 2008.

ANDEM, (1991) Conférence de consensus. Médicaliser la ménopause?, Rapport dactylographié.

Benoist, J. (1993), Anthropologie médicale en société créole, Paris, PUF.

Benoist J. (éd.) (1996), Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical, Paris, Karthala.

Beyene, Y., (1986) « Cultural significance and physiological manifestation of menopause. A biocultural analysis », Culture, Medecine and Psychiatry, 10, 47-71.

Cathébras, P. (1996), « Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme » : 315- 330 in Benoist J. (éd.), Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical, Paris, Karthala.

CGNOF, communiqué de presse du 18-11-2005, cgnof.fr consulté le 19 octobre 2006

Davis, D. (1986), « The meaning o menopause in a Newfoundland fisching village », Culture, Medicine and Psychiatry, 10, 73-94.

De Certeau, M. (1990), l'invention du quotidien. Tome I, Arts de faire, Paris, Flammarion.

Delanoë, D. (1998) « La médicalisation de la ménopause » : 212- 251 in Delanoë, D., Aïach, P., L'Ère de la médicalisation, Paris, Anthropos.

Delanoë, D. (2001) Critique de l'âge critique. Usages et représentations de la ménopause, Thèse de Doctorat de l'e.H.E.S.S, Paris.

Delanoë, D. (2007), Sexe, croyances et ménopause, Paris, Hachette.

Diasio, N. (2002), « l'inverno delle donne. La costruzione del concetto di menopausa tra scienza e metafisica » : 310-325 in Guerci A., Consigliere, S. Il Vecchio allo specchio. Percezioni e rappresintazioni della vecchiaia, Gêne, éd. Erga.

Diasio, N. (2007), « 'Habillée de temps'. La femme à l'âge critique dans le discours médical au tournant du 19ème siècle » : 56-76 in Vinel, V. (ed.), Féminin, masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales, Strasbourg, Le Portique, 2007, collection « Les Cahiers »

Diasio, N., Vernazza-Licht, N. (2002) « La ménopause, processus biologique et enjeux culturels » : 278-281 in Guerci, A., Consigliere, S., Il vecchio allo specchio. Percezioni e rappresintazioni della vecchiaia, Genova, éd. Erga.

Diasio, N., Vinel, V. (eds.) (2007), Il tempo incerto. Antropologia de la menopausa, Milan, fraangeli edizione.

Dillaway, H. E. (2003), Menopause in Social Context : Women's Experiences of reproductive Aging in United States, phd, Michigan State University.

Du Toit, B. M. (1988), « Menstruation : attitudes and experience of Indian South Africans », Ethnology, 27, 4, 391-404.
Evans-Pritchard, E. E. (1972), Sorcellerie, magie et oracles chez les Azandés, Paris, Gallimard.

Fassin, D. (1992), Pouvoir et maladie en Afrique, Paris, PUF.

Fassin, D., Memmi, D. (2004), « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi » : 9-33 in Fassin D., Memmi D., Le gouvernement des corps, Paris, éditions de l'ehess.

Foucault, M. (1976), Histoire de la sexualité. I La volonté de savoir, Paris, Gallimard.

Foucault, M. (1994), « La politique de la santé au xviiième siècle » : 13-27 in Dits et écrits, T. III, Paris, Gallimard.

Giddens, A. (1994), Les conséquences de la modernité, Paris, L'Harmattan.

Guessous, S. N. (2000), Printemps et automne sexuels, Casablanca, Eddif.

Kaufert, P. (1988), « Menopause as process or event : the creation of definitions in biomedicine », in Lock, M., Gordon, D., Culture, illness and healing, Kluwer Academic Publishers.

Kérisit, M., Pennec, S. (2002) « La mise en science de la ménopause », Cahiers du Genre, 31, 129-148.

Kosack, G., Krasberg, U. (eds.) (2002), Regel-lose Frauen. Wechseljahre im kulturvergleich, Königstein/Taunus, Ulrike Helmer Verlag.

Laznik, C. (2003), l'impensable désir. Féminité et sexualité au prisme de la ménopause, Paris, Denoël.

Lock, M. (1993), Encounters with Aging : Mythologies of Menopause in Japan and North-America, Los Angeles, Berkeley, University of California Press.

Martin, E. (1987), The Woman in the Body. A cultural Analysis of Reproduction, Milton Keynes, Open University Press.

Massé, R., Légaré F. (2001), « The limitations of negotiation model for perimenopausal women », Sociology of Health and Illness, 23, 1, 44-64.

Million women study collaborators (2003), "Breast cancer and hormone-replacement therapy in the million women study", Lancet, 362:419-427.

Oudshorn, N. (2000), « Au sujet des corps, des techniques et des féminismes » : 31-44 in Gardey D., Löwi I. (eds), Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin, Paris, EAC.

Pétonnet, C. (1982), « l'observation flottante. L'exemple d'un cimetière parisien », L'Homme, 22, 4, 37-47

Rossi, I. (1997), Corps et chamanisme, Paris, Armand Colin.

Sébillot, P. (1968), Le folklore de France, Paris, Maisonneuve- Larose.

Skultans, V. (1970), "The Symbolic Significance of Menstruation and the Menopause", Man, New Series, 5, 4, 639-651.
Strauss, A. (1992), La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme, Paris, l'Harmattan.

Suggs, D. N. (1987), « Female Status and Role Transition in the Tswana Life Cycle », Ethnology,26, 2, 107-120.

Thoer-Fabre, C. (2005), Ménopause et hormonothérapie. Expériences et représentations de femmes Baby-Boomers, Thèse de doctorat de Sociologie, Montréal, UQAM.

Thoer-Fabre, C., Garnier, C., Dufort, F. (2007)

« Rappresentazioni e founzioni simboliche della terapia ormonale : parole di donne francesi dopo la Women Health Initiative » : 225-242 in Diasio, N., Vinel, V. (eds), Il tempo incerto. Antropologia de la menopausa, Milan, fraangeli edizione.

Van Gennep, A. (1981) [1909], Les rites de passage, Paris, Picard.

Verdier, Y. (1978), « Grands-mères, si vous saviez…Le Petit Chaperon rouge dans la tradition orale », Les Cahiers de la Littérature orale, IV, en ligne: expositions.bnf.fr/contes.

Verdier, Y. (1979), Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière, Paris, Gallimard.

Vernazza-Licht, N. (1996), « Face au sida, les recours parallèles… » : 331-359 in Benoist J. (ed.), Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical, Paris, Karthala.

Vincent, J-F., (2003), « La ménopause, chemin de la liberté selon les femmes beti du sud-Cameroun », Journal des africanistes, 73, 2, 121-136.

Vinel, V. (2002), « Les représentations de la ménopause dans des documents français contemporains » : 326-337 in Guerci A., Consigliere S., Il vecchio allo specchio. Percezioni e rappresintazioni della vecchiaia, Genova, Erga ed.

Vinel, V. (2004a), « Ménopause et andropause à la lumière du dispositif de sexualité », Le Portique, Foucault, usages et actualités, 13-14, 205-219.

Vinel, V. (2004b), « La ménopause. Instabilité des affects et des pratiques en France. » : 221-235 in Héritier F., Xanthakou, M. (eds), Corps et affects, Paris, Odile Jacob.

Vinel, V. (2007a), « Andropause et ménopause : une comparaison des images de la vulgarisation médicale francophone » : 122-137 in Vinel, V. (ed.) Féminin, masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales, Strasbourg, Le Portique, 2007, collection « Les Cahiers ».

Vinel, V. (2007b), « “La menopausa, passaggio verso un altro status? Invecchiamento e vecchiaia femminile presso i Moose del Burkina Faso” : 55-74 in Diasio N., Vinel V. (eds), Il tempo incerto. Antropologia della menopausa, Milan, éd. Franco Angeli.

Vinel, V. (à paraître), "Ricordi di sangue : trasmissione e silenzio sulle mestruazioni nella Francia urbana", in Cozzi, D., Diasio, N., Linee di sangue. La Ricerca Folklorica, Venezia.

Weber, F. (1989), Le Travail à-côté. Étude d'ethnographie ouvrière, Paris, INRA/Ed. EHESS.

Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators (2002), « Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial», Journal of American medical Association, 288, 321-333.