

# La ménopause comme espace de tension entre production du genre et résistances des femmes

*Le cas français*

---

Cécile Charlap

Doctorante, Laboratoire cultures et sociétés en Europe,  
Université de Strasbourg (France)

## Résumé/Abstract

[Fr] Dans cet article, nous analysons la question ménopause en France comme un espace de tension entre production du genre et résistances des femmes. À partir d'un corpus de discours médicaux et d'une série d'entretiens réalisés auprès de femmes ménopausées, nous mettons en exergue les mécanismes de la construction sociale de la ménopause et l'expérience qui en découle pour les femmes. Nous analysons, tout d'abord, la construction et le traitement social de la ménopause comme des espaces efficaces de production du genre. Nous appréhendons, ensuite, l'expérience de la ménopause comme celle d'un dessaisissement individuel et collectif. Nous mettons, enfin, en exergue des formes de résistance individuelle chez les femmes rencontrées, qui relèvent de la mise à distance de la catégorisation et des injonctions médicales dont elles sont les objets.

**Mots-clés :** Ménopause, Médicalisation, Genre, Féminismes, Vieillesse féminine

[En] In this paper I address the question of menopause in the French context as a space of tension between the production of gender and women's resistance. Based upon the analysis of a corpus of medical discourses and interviews with menopausal women, this paper aims to analyze the mechanisms of the social construction of menopause and women's lived experience. First of all, I analyze the construction and social treatment of menopause as efficient spaces of gender production. I then emphasize the experience of menopause as a process of individual and collective lack of control. Finally, I underline forms of resistance within women's experience of menopause, which consist in disapproval of the process of categorization as well as of medical injunctions.

**Keywords:** Menopause, Medicalization, Gender, Feminism, Women's aging

Objet d'une construction sociale, la catégorie « ménopause » mobilise des représentations et des normes, elle constitue une matrice de perceptions et de pratiques. Dans le contexte français, cette catégorie est marquée par une médicalisation prégnante, «

processus par lequel des questions non médicales se voient définies et traitées comme des problèmes médicaux, généralement en termes de maladies ou de troubles » (Conrad 1992 : 209, notre traduction). Dans cet article, nous nous penchons sur la question de la ménopause en tant qu'espace de tension entre production du genre et résistances des femmes. Nous comprenons le genre comme rapport social normatif producteur d'une hiérarchie entre les sexes.

Notre matériau repose, d'une part, sur l'analyse du discours social matriciel sur la ménopause (le discours médical) et de sa mise en scène dans l'espace médiatique. Nous procédons par l'analyse des thèmes et des champs lexicaux associés à la ménopause dans un corpus d'ouvrages médicaux et une série d'articles parus dans des magazines féminins et des magazines portant sur la santé. D'autre part, notre analyse se nourrit d'un travail de terrain, toujours en cours, comptant 24 entretiens individuels menés auprès de femmes ménopausées âgées de moins de 65 ans et de catégories socioprofessionnelles (CSP) variées. Dans une démarche inductive, notre analyse s'attache à mettre au jour leurs expériences de la ménopause, en termes de représentations et de pratiques.

Nous montrerons, tout d'abord, que la construction et le traitement social de la ménopause constituent des espaces de production du genre, qui façonnent les représentations et l'expérience des femmes à la ménopause. Nous analyserons, ensuite, la ménopause comme expérience d'un passage dont les femmes sont dessaisies et verrons que ce dessaisissement découle à la fois du traitement social de la ménopause et de l'histoire du mouvement féministe français. Enfin, si aucune alternative sociale ou collective au discours médical ne se fait jour en France, nous mettrons en exergue des formes individuelles de résistance dans les discours et les pratiques des femmes rencontrées, touchant à la catégorisation dont elles sont l'objet et à la question de l'hormonothérapie.

## **1 . Le genre au cœur de la construction sociale de la ménopause**

Dans le contexte français, la construction et le traitement social de la ménopause s'ancrent dans les catégories et le cadre de la médecine. Discours et pratiques entourant la ménopause constituent deux espaces de production du genre où se rejouent les représentations du féminin et se construit une figure de « la femme ménopausée ». L'analyse des entretiens réalisés révèle l'efficacité de cette norme de genre, largement incorporée par les femmes rencontrées.

### 1.1. **Au cœur de la construction et du traitement de la ménopause : naturalisation et normalisation du féminin**

Source d'énonciation dominante sur la question de la ménopause, repris par l'Assurance maladie et nourrie par les médias qui le mettent en scène, le discours médical fournit la définition et le lexique de cette expérience. Il crée, ce faisant, une certaine réalité de la ménopause car « le langage jouit du pouvoir de créer ce qui est "socialement réel" » (Butler 2006 : 228). Nous analysons ce discours comme production du genre, en ce qu'il constitue un processus de naturalisation et de pathologisation du féminin. Il construit la ménopause comme expérience de la négativité, définie à l'aune de la pathologie, de la déficience et du risque. Le prisme d'appréhension de la ménopause est, en effet, celui du symptôme : « des bouffées de chaleur sont observées chez les trois quart des femmes. Les autres symptômes qui peuvent apparaître à l'approche de la ménopause sont des troubles de l'humeur, une dépression, une irritabilité, une angoisse »<sup>1</sup>, « des symptômes gênants apparaissent parmi lesquels, douleurs articulaires et musculaires, insomnie, fatigue et symptômes dépressifs, prise de poids, peau sèche, fuites urinaires, sécheresse vaginale, désintérêt sexuel »<sup>2</sup>. Le champ lexical de la déficience est transversal : le corps ménopausé est décrit comme subissant une « carence hormonale »<sup>3</sup>, un « appauvrissement global du stock folliculaire »<sup>4</sup>. Celui de la dégénérescence est également convoqué : « altération de la qualité ovocytaire »<sup>5</sup>, « atrophie des tissus génitaux »<sup>6</sup> sont mis en exergue. Enfin, le registre du risque parcourt ce discours : « le risque de voir apparaître une ostéoporose est augmenté »<sup>7</sup>, « le risque cardiovasculaire augmente, le risque de cancer de l'endomètre et du sein augmente »<sup>8</sup>. Le discours médical construit la cessation de la fécondité comme entrée dans une ère délétère. « La femme ménopausée » est, quant à elle, caractérisée par la vulnérabilité. Mettant en scène le discours médical, le discours médiatique en fait une figure du doute (« si le doute vous assaille, votre gynécologue peut tout à fait vous prescrire un certain nombre de dosages hormonaux »<sup>9</sup>), un individu enjoint au questionnement lors de la ménopause, construite comme une nouvelle étape de la vie impliquant une transformation

---

<sup>1</sup> Source : *L'encyclopédie médicale*, Paris, Larousse, 2007.

<sup>2</sup> Source : Centre d'Exploration des Femmes en période de Ménopause.

<sup>3</sup> Dr Anne de Kervasdoué (1996) : *Questions de femmes*. Paris : Odile Jacob, p. 425.

<sup>4</sup> Evelyne Drapier-Faure et Christian Jamin (2003) : *La ménopause*. Paris : Éditions Doin Groupe Liaisons, p. 4.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Dr Anne de Kervasdoué, op.cit., p. 436.

<sup>7</sup> *Préménopause et Ménopause*, Mémento Santé, Santésis, 2010.

<sup>8</sup> Source : <http://www.ameli-sante.fr/menopause/symptomes-menopause.html>, page consultée le 27.05.11.

<sup>9</sup> *Femme majuscule*, mars-avril 2011

des pratiques (« à la ménopause, cheveux longs. Je peux encore ? »<sup>10</sup>, « ménopause : qu'est-ce que je mange ? »<sup>11</sup>). S'esquisse, en outre, le portrait d'un individu en proie au malaise : « la ménopause a des conséquences fâcheuses sur le moral »<sup>12</sup>, « la ménopause s'accompagne souvent d'une remise en question et d'une perte de confiance en soi »<sup>13</sup>. Ce discours social construit la cessation de la fécondité comme élément déterminant et la ménopause comme bouleversement physique et émotionnel total et inéluctable. Il procède, ce faisant, d'une réduction des femmes au biologique et à l'instabilité d'un corps construit comme valétudinaire, espace altéré et précaire. Ces représentations participent de la production du genre, définissant la féminité à l'aune de la fécondité, dont découle une minoration de l'individualité à partir de la ménopause : « la représentation de la femme âgée comme fardeau social est ainsi renforcée par une telle conception déficitaire de la ménopause, occultant simultanément les rapports sociaux de sexes, d'âge et de classes » (Kérisit et Pennec 2001 : 135). Le discours dominant repose, en outre, sur l'injonction des femmes à un travail de soi dans le cadre médical à partir de la ménopause : « deux cancers du sein sur trois surviennent chez des femmes ménopausées. C'est pourquoi il faut faire une mammographie tous les deux ans à partir de 50 ans »<sup>14</sup>, « à la ménopause, l'apparition de fuites d'urine doit faire consulter »<sup>15</sup>. La ménopause doit consister en un moment de surveillance du corps pour les femmes, conjointes à « détecter les symptômes de la ménopause »<sup>16</sup> et « surveiller le système hormonal »<sup>17</sup>. La question de la prise en charge, par chaque femme, de « sa ménopause » constitue un leitmotiv associé aux risques potentiels.

Le traitement social de la ménopause participe également de la production du genre. Il investit le corps féminin sous la modalité de la médicalisation qui met en jeu une certaine norme du féminin dans une pratique nodale : l'hormonothérapie<sup>18</sup>. La pratique de l'hormonothérapie met, en effet, en jeu une certaine norme du corps féminin. Elle constitue un moyen de corriger ce qui est construit comme désordre

---

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> Source : <http://www.e-sante.fr/menopause-qu-est-ce-que-je-mange/actualite/1696>, page consultée le 27.05.11.

<sup>12</sup> Source : <http://www.sur-la-toile.com/article-16419-Pourquoi-la-menopause-.html>: Pourquoi la ménopause ?, page consultée le 29.08.2012.

<sup>13</sup> Source : <http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/menopause/articles/8447-menopause-consequences-peau.htm>, page consultée le 01.03.2013.

<sup>14</sup> Brochure « Mieux vivre la ménopause », Flash Santé 25, Mutualité Française.

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> Ibid.

<sup>17</sup> Source : <http://www.elle.fr/Minceur/Special/Special-Minceur/Conseils-de-pros/Mincir-au-fil-des-ages-1533655#A-50-ans-1533660>, page consultée le 01.03.2013.

<sup>18</sup> L'hormonothérapie consiste en un traitement hormonal dit « substitutif » (THS), prescrit à la ménopause pour compenser la baisse œstrogénique et ses conséquences (bouffées de chaleur et ostéoporose).

hormonal à la ménopause et vise à normaliser le fonctionnement du corps : stabiliser certains rythmes corporels (fluctuations du cycle menstruel, bouffées de chaleur) et en annuler d'autres (vieillesse de la peau, épaissement du corps). Nous analysons l'hormonothérapie comme le processus de discipline d'un corps « qu'on manipule, qu'on façonne » (Foucault 1975 : 160) afin d'en gommer des manifestations construites comme indésirables. Cette pratique est sous-tendue par l'injonction à une hexis corporelle répondant « aux valeurs centrales de la modernité : la jeunesse, la séduction, la vitalité » (Le Breton 2003 : 146) et au corps stable et résistant de la performance.

## **1.2. L'expérience de la ménopause ou l'incorporation du stigmaté**

Le discours médical, mis également en scène dans l'espace médiatique, forme un récit efficace : il est producteur de catégories d'expérience corporelle pour les femmes. Les femmes rencontrées ont ainsi largement incorporé les représentations médicales associées à la ménopause. Dans leurs propos, le symptôme est érigé en cadre d'expérience : « les bouffées de chaleur, j'en n'ai jamais eues, mais je sais que ça fait partie du truc à la ménopause » (Marthe), « c'est sûr qu'à la ménopause, on en a tellement entendu parler, qu'on s'attend à les avoir tous ces problèmes » (Pauline). Les femmes perçoivent la ménopause comme entrée dans l'ère du risque et développent une rhétorique de vigilance vis-à-vis de leur propre corps : « il faut faire attention à ci et ça, donc on observe les symptômes » (Maud), « on est à l'affût de ce qu'on ressent » (Virginie). Suspect, le corps de la ménopause est perçu comme lieu d'un potentiel danger : « avant, quand j'avais une douleur, je ne m'inquiétais pas, maintenant, je me dis "qu'est-ce que c'est ?", "j'ai un début de cancer ?" » (Odette), « on doit prendre la ménopause au sérieux, faire attention, parce que ça peut déboucher sur des maladies » (Nora). Les femmes reprennent à leur compte l'imaginaire d'un corps vulnérable : « maintenant, je suis, on va dire, plus fragile » (Geneviève), « à partir de la ménopause, l'important c'est de vieillir en meilleure santé possible, parce qu'on devient des petites choses fragiles! » (Hélène). En outre, toutes les femmes rencontrées répondent positivement à l'injonction au travail de soi. Leurs pratiques s'ancrent dans la surveillance du corps au sein du cadre médical : « on pense plus à se faire surveiller par le médecin à la ménopause » (Mylène), « à partir de la ménopause, il y a plus d'examens médicaux approfondis, on a des tas de trucs à vérifier » (Maud). L'usage du traitement hormonal substitutif (THS) est sous-tendu par cette morale d'action. Les femmes ayant recours au THS font part du sentiment que le corps sous hormones constitue un artefact désirable, au contraire du corps ménopausé : « à la ménopause, l'équilibre hormonal est perturbé, le corps se transforme. On peut lutter, en prenant des hormones et rétablir un équilibre qui fait comme si » (Rose), « le substitut hormonal, c'est artificiel, mais c'est tout bénéf

pour moi, ça veut dire qu'en gros, je reste comme j'étais, je reporte l'échéance de la ménopause » (Maud). Si toutes n'ont pas eu recours à un THS, un grand nombre de femmes rapporte l'usage de compléments alimentaires, perçus comme plus naturels. Qu'elles aient recours à un THS ou à une complémentation, le corps de la ménopause ne doit pas être laissé en l'état. Il doit être l'objet d'un travail qui vise à effacer les stigmates : épaissement du corps, vieillissement de la peau et bouffées de chaleur sont, en effet, vécus sur le mode de scories.

Si, dans le contexte français, la ménopause est construite par le prisme médical et pensée par les femmes dans les catégories de la médecine, nous interrogeons maintenant la place des femmes dans cette expérience. Nous mettons ainsi en exergue le dessaisissement dont cette expérience est l'objet, lequel participe de l'absence d'alternative au discours médical.

## **2. La ménopause : expérience de dessaisissement individuel et collectif**

Nous analysons l'expérience de la ménopause comme celle d'un dessaisissement du point de vue de la narration individuelle et collective. La question de la ménopause est, en effet, marquée par l'absence d'élaboration hors du cadre médical. Ce dessaisissement nous semble à appréhender comme le fruit du traitement social de la ménopause et de l'histoire du féminisme français.

### **2.1. Un traitement social qui organise une expérience de dessaisissement narratif**

Le traitement social de la ménopause constitue un espace de dessaisissement des femmes sur leur propre expérience. Le cadre médical organise, d'une part, un dessaisissement du point de vue de la narration individuelle. L'expérience des femmes est, en effet, marquée par l'interaction avec un médecin au sein de laquelle se réalise la « transformation du sujet femme en sujet femme ménopausée » (Vinel 2004b : 5). Or, ce changement de statut n'est pas proclamé par les femmes, mais par le médecin : « j'ai eu une sécheresse vaginale, j'avais quand même pensé à la ménopause, donc c'est pour ça que j'étais allée voir le médecin et il m'a dit que j'étais en train d'être ménopausée » (Geneviève), « je n'avais plus mes règles, je suis allée voir le gynéco pour mon contrôle, je me doutais que c'était le début de la ménopause et il a fait une échographie, il m'a dit "votre utérus est plat, il fait un trait, donc vous êtes ménopausée" » (Roselyne). Ces femmes font part de leur capacité à lire leur corps et à faire le lien de leur expérience corporelle avec la ménopause, mais elles n'opèrent pas l'acte de se nommer elles-mêmes « ménopausées ». Le médecin seul possède la légitimité de proférer le changement de statut. Dans cet acte de nomination un double processus de domination est à l'œuvre. Tout d'abord, le fait que la légitimité

de la nomination relève d'un autre acteur ancre la ménopause dans une forme de dessaisissement des femmes sur leur expérience, puisqu'elles n'opèrent pas leur propre qualification. Cette nomination repose, ensuite, sur une catégorisation qui n'est pas neutre : l'assignation des femmes à un signifié spécifique, du fait de leur stérilité. Or, dans notre contexte social, le signifié « ménopausé » est construit comme dépréciation. Cette nomination constitue une forme d'étiquetage « qui produit l'efficacité symbolique d'imposer à l'acteur une identité négative » (Le Breton 2004 : 81). Le changement de statut à la ménopause repose ainsi sur une forme de dessaisissement des femmes en termes de définition de soi et il aboutit à une catégorisation minorante.

D'autre part, la socialisation quasi-exclusive de la ménopause dans le cadre et le registre médical participe d'un dessaisissement du point de vue de la narration collective. Cette socialisation réduit, en effet, la capacité des femmes à créer un discours alternatif au discours médical. Ainsi, lorsqu'elle est l'objet d'interactions hors du cadre médical, la ménopause est énoncée entre femmes par le biais du symptôme et de sa gestion : « j'ai parlé de la ménopause avec une fille qui a 54 ans, pour savoir si elle avait été malade et ce qu'elle avait pris. Ça me permettait de savoir ce à quoi m'attendre et ce qu'il faut faire » (Maud), « j'ai posé des questions sur les symptômes à ma copine : "est-ce que ça te fait ça ?", "est-ce que tu prends un substitutif hormonal ?" » (Mylène). Hors du symptôme, la solitude entoure largement cette expérience : « socialement, la ménopause on n'en parle pas. C'est pas un sujet. C'est un truc de femmes. En plus, il y a quand même quelque chose qui s'apparente à la honte, à un échec annoncé » (Julie), « y'en a qui disent, "oh les histoires de bonnes femmes, ça m'intéresse pas", donc on n'en parle pas. Je crois aussi qu'autour, il y a un tabou, comme si c'était tabou de dire qu'on est ménopausée » (Léa). L'absence d'espace pour dire l'expérience de la ménopause hors du prisme médical est à mettre en exergue : « il n'existe pas, dans notre société contemporaine urbaine, de lieu de paroles "profanes" pour discuter de la ménopause. Les cuisines et pas de portes des sociétés rurales où paroles, expérience et anecdotes s'échangeaient sur la physiologie des unes et des autres n'ont pas été remplacés » (Vinel 2004a : 227). L'expérience de la ménopause est donc marquée par l'absence d'une élaboration alternative au discours médical. Or, si le traitement social participe de ce dessaisissement, celui-ci est également le fruit d'un contexte sociohistorique propre à la France.

## **2.2. Des féminismes et de la ménopause : le corps est toujours politique**

Alors que depuis *Our Bodies, Ourselves* (1971), le mouvement féministe américain a proposé un discours et des pratiques alternatives à la médicalisation du corps fé-

minin<sup>19</sup>, aucune prise en charge collective de la question de la ménopause hors du cadre médical ne s'est faite jour en France<sup>20</sup>. La structuration de la profession médicale et son rapport à la société civile sont au cœur de cette question. Dans les années 1950 et 1960, la gynécologie médicale (spécialité non-chirurgicale et largement féminine) a joué un rôle majeur dans les luttes pour le droit à l'avortement et à la contraception, au contraire de patrons de gynécologie obstétrique conservateurs et natalistes (Löwy et Gaudillière 2004). Au côté des femmes dans ce combat, la gynécologie médicale, prescriptrice de la pilule, est perçue comme une alliée dans le mouvement de réappropriation du corps. De ce fait, « les féministes françaises n'ont pratiqué ni l'expertise médicale indépendante, ni l'opposition à la profession médicale » (Löwy et Gaudillière 2004 : 35). Une fois ces droits acquis, la question de la ménopause n'a pas été prise en charge par un réseau d'acteurs hors de l'univers médical. Aujourd'hui, le traitement social de la ménopause en France est univoque : ancré dans le cadre médical, il « ne laisse pas de place à la mise en question des hiérarchies professionnelles ou à l'élaboration collective d'un savoir par les femmes. Une telle élaboration collective est jugée inutile voire dangereuse, y compris par de nombreux médecins » (Löwy 2005 : 104). Aux États-Unis, le mouvement pour la santé des femmes s'est, au contraire, élevé contre une profession médicale masculine et a revendiqué le droit des femmes à être actrices de leur santé. Partant du constat que leurs expériences contredisaient souvent le « "savoir officiel" des médecins, (les féministes) arrivèrent à la conclusion que ces derniers ne doivent pas être la seule source autorisée de connaissance sur leur corps » (Löwy 2005 : 105). Développant un savoir alternatif et des pratiques autonomes, le mouvement féministe américain a, en outre, joué un rôle majeur dans la critique du THS, en s'élevant contre sa diffusion du fait de risques de cancers pour les femmes sous traitement. L'étude Women Health Initiative (WHI) visait à répondre à ces accusations. Après la publication de ses résultats en 2002, prouvant la corrélation entre THS et hausse de cancers, les

---

<sup>19</sup> *Our Bodies, Ourselves* (« Notre corps, nous-mêmes ») est à la fois un mouvement de militantes féministes américaines né à Boston en 1969 et le titre du manuel publié par le mouvement. Ce manuel constitue le résultat du travail de ce groupe, qui, dans une perspective critique du paternalisme des gynécologues, collecta des informations sur le corps et la santé des femmes. Le groupe publia le résultat de ce travail en 1970 avec succès. Ce manuel constitue « une co-production des connaissances sur la santé des femmes par des expert-e-s, des militantes du Women's Health Movement et les nombreuses lectrices de l'ouvrage » (Löwy 2005 : 90-91). L'ouvrage est augmenté et sans cesse réédité depuis lors dans de nombreuses langues. Le groupe a ensuite pris le nom de *The Boston Women Health Book Collective*.

<sup>20</sup> Ce constat est spécifique à la France. Des initiatives alternatives à la médicalisation de la ménopause existent dans d'autres pays européens, même si elles sont moins étendues qu'aux États-Unis. Notons, ainsi le réseau « Femmes et Santé » en Belgique, qui organise des groupes de parole « Femmes autour de la cinquantaine, un autre regard sur ces années de transition », par exemple. En Allemagne, l'université de Brême a entrepris une étude en 2000 (Bips Studie Universität) portant sur l'expérience des femmes à la ménopause avec pour objectif de contribuer à une moindre médicalisation de la ménopause. (Markstein 2006)



prescriptions de THS ont chuté de plus de 50% aux USA, contre 19% en France (Löwy et Gaudillière 2004). L'existence d'un discours alternatif au discours médical sur la question de la ménopause engage donc le rapport de force entre les différents acteurs sociaux qui prennent en charge cette question. En ce sens, la ménopause est une question politique : elle engage la cité et ses acteurs. Si le contexte français est marqué par l'absence d'élaboration collective hors du prisme médical, nous pouvons, toutefois, mettre en exergue des résistances au discours dominant et aux injonctions médicales dans les propos et les pratiques des femmes rencontrées.

### **3. De la critique du discours à l'autonomisation de gestion de la ménopause**

Des résistances au discours sur la ménopause et aux injonctions médicales traversent les discours et les pratiques des femmes rencontrées. Pour la plupart, ces résistances prennent la forme d'une mise à distance des représentations associées à la ménopause. Elles relèvent, pour certaines femmes, d'une remise en cause des injonctions médicales, notamment sur la question de l'hormonothérapie. Si elles sont partagées par de nombreuses femmes, ces résistances ne sont, toutefois, pas l'objet d'une élaboration collective.

#### **3.1. Revendications et prise de distance face au dispositif rhétorique construisant la ménopause**

Les résistances des femmes prennent, d'une part, la forme de revendications du point de vue du langage. La grande majorité opère, en effet, une dénonciation du dispositif rhétorique qui construit la ménopause à l'aune de la fécondité et ancre les femmes dans une perte de féminité à partir de la ménopause : « le mot "ménopausé" est porteur d'un contenu très négatif, mais la femme n'existe pas que par rapport au fait de pouvoir avoir des enfants ! C'est très réducteur de considérer que, parce qu'elle est ménopausée, ce n'est plus une femme ! Il faut le dire ! » (Inès), « avec la ménopause, on nous placarde. C'est la non-considération sociale. Il y a la vision de la femme désirable avant la ménopause et après, c'est la ménagère de 50 ans ! C'est totalement insupportable ! » (Julie). Elles dénoncent le processus de catégorisation dont elles sont l'objet et se revendiquent en tant que femmes et non « femmes ménopausées » : « vous savez, même ménopausée, je reste une femme » (Inès), « on a seriné aux femmes qu'être femme, c'est être mère, mais la maternité n'a rien à voir avec le fait d'être femme ! Et la ménopause n'a rien à voir avec le fait d'être moins une femme ! C'est des mots » (Hélène). Elles opèrent, ainsi, un déplacement dans la définition de la féminité dont la fécondité ne doit plus constituer le principe.

Les résistances des femmes passent, d'autre part, par une mise à distance de la vulgate médicale, reprise dans le discours médiatique. Les femmes interviewées perçoivent ce discours comme un espace sous-tendu par des représentations tout à la fois erronées et dépréciatives. Elles en soulignent la dimension caricaturale : « ce qu'il y a sur la ménopause dans les magazines, on s'y retrouve pas, c'est trop général et trop tiré par les cheveux, alors que la ménopause est différente d'une femme à l'autre, dans le temps, dans l'âge, par rapport à ses antécédents, à sa propre histoire » (Odette), « ce qu'on peut lire dans les magazines féminins, c'est souvent des cas un peu lourds. Ce qui transparait à travers la presse est biaisé » (Hélène). Elles font part du sentiment d'être l'objet d'une catégorisation fantasmagorique et délétère : « à lire les magazines, on a l'impression qu'on va devenir un monstre à la ménopause » (Virginie), « tu lis dans les journaux, tous les inconvénients qui sont liés à la ménopause, sur le corps, les transformations, les problèmes. Si tu regardes vraiment, tu te tires une balle dans la tête tout de suite ! » (Inès). Ce type de résistances relève de la déconstruction individuelle de catégories d'assignation. Il s'ancre dans la reconnaissance d'un discours de domination à leur égard et une prise de distance vis-à-vis de stéréotypes minorants. Nous analysons ces résistances en tant que signe de l'incorporation des catégories par celui qui se sait stigmatisé car « les critères que la société lui a fait intérioriser sont autant d'instruments qui le rendent intimement sensible à ce que les autres voient comme sa déficience » (Goffman 1975 : 17-18).

### **3.2. Remise en cause de l'hormonothérapie et autonomisation au sein du processus thérapeutique**

Des résistances se font également jour dans les pratiques des femmes. Nous remarquons, d'une part, que certaines femmes opposent une résistance à l'hormonothérapie. Plus précisément, deux logiques prévalent vis-à-vis du THS parmi nos interviewées : si la ménopause est perçue comme un surgissement de la nature par toutes, certaines choisissent l'usage du THS, tandis que d'autres déploient des résistances à son encontre. Cette différence de pratiques s'analyse à l'aune de représentations différentes du corps. Les femmes ayant recours au THS associent au corps les représentations de la machine (Martin 1987). La ménopause constitue, pour elles, l'irruption d'une nature instable qui se doit d'être jugulée. A leurs yeux, le THS constitue un instrument de contrôle du corps. Les femmes refusant l'usage du THS, au contraire, font part de représentations du corps ancrées dans la nature. Elles perçoivent la ménopause comme l'irruption logique d'une nature déjà toujours en soi. À leurs yeux, les symptômes de la ménopause traduisent la nature en soi, ses cycles et ses rythmes, ses lois et ses secrets. On la subit, mais surtout, elle nous agit : « oui, les bouffées de chaleur, c'est casse-pied ! Mais on se ventile et bon, ça passe ! C'est ce qu'il faut se dire, ça sert à rien de se lamenter, c'est la nature ! On peut pas faire grand-chose » (Roselyne), « la ménopause, c'est le cycle de la vie, donc il faut

laisser faire. Il y a bien une raison. Les bouffées de chaleur, c'est pas agréable, mais il faut se dire que c'est un moment à passer, et hop, on continue » (Pauline). Chez ces femmes, les résistances prennent la forme d'un refus du THS qui contreviendrait à l'ordre naturel : « je suis pas trop pour les médicaments, j'avais pas envie de prendre des hormones, parce que c'est pas naturel ! » (Roselyne), « j'ai vu le gynécologue qui m'a donné des hormones, mais moi, je suis pas trop médicament, je préférerais ne pas prendre un traitement chimique et je l'ai pas pris » (Léa). Remarquons que ces deux logiques semblent être représentées par deux types de profils différents : les urbaines et CSP supérieures sont plus représentées dans le profil d'adhésion au THS, tandis que les résistances apparaissent plutôt chez les rurales. Ce constat ne vaut, toutefois, que dans le cadre restreint de nos observations et demanderait à être approfondi.

Les résistances des femmes prennent, d'autre part, la forme de l'autonomisation au sein du processus thérapeutique. La confrontation de la parole du médecin à d'autres sources d'informations constitue, en effet, une forme d'autonomisation. Pour de nombreuses femmes, urbaines et rurales, les pairs apparaissent ainsi comme des ressources alternatives au discours dispensé par les médecins : « j'en ai parlé avec des amies qui sont comme moi dans cette phase. Comme ma gynéco m'avait prescrit des hormones, elles m'ont donné des conseils sur le substitutif hormonal. Elles m'ont dit "ça peut provoquer ci et ça" » (Mylène), « quand ma gynéco m'a prescrit le médicament, j'ai préféré me renseigner autour de moi auprès des personnes qui étaient passées par là, notamment ma belle-sœur qui m'a conseillé une méthode naturelle » (Léa). Internet constitue, également, une source d'informations alternative : « j'ai été sur le forum internet doctissimo pour le THS parce que ça me travaillait que la gynéco m'ait donné un médicament qui ne me convienne pas et qui me fasse des symptômes, donc pour voir les dames qui prenaient ce type de traitement, ce que ça leur faisait, si c'était bénéfique » (Mylène).

Enfin, pour certaines, et plus particulièrement les femmes de catégories populaires qui vivent en zone rurale, résister revient à donner du crédit à la sagesse de l'expérience : « prendre des hormones ? Non. Il y a bien une raison à la ménopause. Tout ce qui est chimique, j'ai pas fait médecine, mais je m'en suis rendu compte bien avant que prendre des hormones, c'est mauvais ! Moi, je demande plutôt autour de moi ce qu'on peut faire. Pour l'arthrose, j'ai demandé à plein de mémés. Il faut se baser sur des personnes âgées qui ont fait leur expérience » (Pauline). Participant du mouvement d'autonomisation du patient, ces pratiques de résistance découlent également de la diffusion d'informations concernant les risques des THS, qui a conduit les femmes à participer de manière plus active à la gestion de leur ménopause (Thoër-Fabre 2005). Si le processus thérapeutique constitue l'objet d'un choix des femmes, celles-ci n'opèrent pour autant pas une redéfinition de la ménopause. Cette expérience reste définie comme un objet de médecine, pensé par le prisme du risque. Ainsi, si l'expérience de la ménopause est émaillée de résistances au discours médi-

cal, sa définition s'ancre dans une hétéronomie qui participe de l'inexistence d'élaboration alternative au prisme médical.

## Conclusion

Dans notre culture, l'avancée en âge est marquée par un « double standard » : le vieillissement est, en effet, construit comme « une affection morale, une pathologie sociale intrinsèquement lié au fait qu'il affecte plus les femmes que les hommes » (Sontag 1972 : 29). La ménopause constitue un épisode prégnant de cette construction dissymétrique. S'y actualise une domination sur le corps des femmes, en termes discursif et pratique : objet de discours, soumis au regard des experts, le corps des femmes à la ménopause est un lieu surveillé. Le discours médical nourrit le stéréotype de « la femme ménopausée », construite comme figure liminaire au corps pathologique qu'il convient de maîtriser. Le cadre médical participe, en outre, d'un dessaisissement des femmes sur leur propre expérience. L'expérience des femmes à la ménopause est, toutefois, émaillée de revendications et de formes de résistances au discours dominant. Pour autant, les femmes ne définissent pas la ménopause comme une expérience neutre ou habilitante, mais comme entrée dans l'ère du risque. Ainsi, la ménopause constitue un épisode nodal dans la production du genre, en ce qu'elle est construite comme le prélude d'une vieillesse plus péjorative et invalidante pour les femmes que pour les hommes.

## Bibliographie

- Butler J. (2006) : *Trouble dans le genre*. Paris : La Découverte.
- Conrad P. (1992) : « Medicalization and Social Control ». *Annual Review of Sociology*, vol.18, pp. 209-232.
- Foucault M. (1975) : *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard.
- Goffman E. (1975) : *Stigmate*. Paris : Éditions de Minuit.
- Kérisit M. Pennec S. (2001) : « La “mise en science de la ménopause” ». *Cahiers du Genre*, n° 31, pp-129-148.
- Le Breton D. (2003) : *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : PUF.
- Le Breton D. (2004) : *L'interactionnisme symbolique*. Paris : PUF.
- Lock M. (1993) : *Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America*. Los Angeles, Berkeley: University of California Press.
- Löwy I. Gaudillière J-P. (2004) : « Controverses sur le traitement hormonal de la ménopause ». *Mouvements*, n°32, pp. 32-39.

- Löwy I. (2005) : « Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? Le women health movement et les transformations de la médecine aux États-Unis ». *Travail, genre et sociétés*, n° 14, pp. 89-108.
- Markstein C. (2006) : « Identités et “post-reproduction”. Paroles de femmes qui traversent la cinquantaine », *Education Santé*, n° 214.
- Martin E. (1987) : *The woman in the body*. Boston: Beacon Press.
- Sontag S. (1972) : « The double standard of aging ». *Saturday Review of the Society*, n° 55, 1972, pp. 29-38.
- Thoër-Fabre C. (2005) : *Ménopause et hormonothérapie, expériences et représentations de femmes baby-boomer*. Université du Québec à Montréal : Montréal.
- Vinel V. (2004a) : « La ménopause. Instabilité des affects et des pratiques en France ». In Héritier F. Xanthakou M., *Corps et affects*. Paris : Odile Jacob, pp. 221-236.
- Vinel V. (2004b) : « Ménopause et andropause à la lumière du “dispositif de sexualité” ». *Le Portique*. [En ligne], 13-14, 2004, mis en ligne le 15 juin 2007. Consulté le 27 novembre 2012.