



**UNIL** | Université de Lausanne

Unicentre

CH-1015 Lausanne

<http://serval.unil.ch>

---

*Year : 2012*

## L'expérience de la ménopause : ÉTUDE ETHNOGRAPHIQUE EN SUISSE ROMANDE ET AU CENTRE-CAMEROUN

Mbarga Josiane Marie Pascaline

Mbarga Josiane Marie Pascaline , 2012, L'expérience de la ménopause : ÉTUDE  
ETHNOGRAPHIQUE EN SUISSE ROMANDE ET AU CENTRE-CAMEROUN

Originally published at : Thesis, University of Lausanne

Posted at the University of Lausanne Open Archive.  
<http://serval.unil.ch>

### **Droits d'auteur**

L'Université de Lausanne attire expressément l'attention des utilisateurs sur le fait que tous les documents publiés dans l'Archive SERVAL sont protégés par le droit d'auteur, conformément à la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins (LDA). A ce titre, il est indispensable d'obtenir le consentement préalable de l'auteur et/ou de l'éditeur avant toute utilisation d'une oeuvre ou d'une partie d'une oeuvre ne relevant pas d'une utilisation à des fins personnelles au sens de la LDA (art. 19, al. 1 lettre a). A défaut, tout contrevenant s'expose aux sanctions prévues par cette loi. Nous déclinons toute responsabilité en la matière.

### **Copyright**

The University of Lausanne expressly draws the attention of users to the fact that all documents published in the SERVAL Archive are protected by copyright in accordance with federal law on copyright and similar rights (LDA). Accordingly it is indispensable to obtain prior consent from the author and/or publisher before any use of a work or part of a work for purposes other than personal use within the meaning of LDA (art. 19, para. 1 letter a). Failure to do so will expose offenders to the sanctions laid down by this law. We accept no liability in this respect.



UNIL | Université de Lausanne

FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES

INSTITUT DES SCIENCES SOCIALES

# L'EXPÉRIENCE DE LA MÉNOPAUSE

ÉTUDE ETHNOGRAPHIQUE EN SUISSE ROMANDE ET AU CENTRE-CAMEROUN

THÈSE DE DOCTORAT

présentée à la Faculté des Sciences Sociales et Politiques de l'Université de Lausanne

pour l'obtention du grade de Docteur ès Sciences Sociales

par

Josiane Marie Pascaline Mbarga

Co-directeurs de thèse

Professeur Ilario Rossi

Docteur Luc Mbemba Tamba

Jury

Professeure Claudine Burton-Jeangros

Professeure Nicoletta Diasio

Professeure Irene Maffi

LAUSANNE

2012



UNIL | Université de Lausanne

Faculté des sciences  
sociales et politiques

### IMPRIMATUR

Le Conseil de la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne, sur proposition d'un jury formé des professeurs

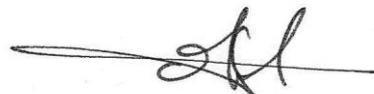
- Ilario ROSSI, co-directeur de thèse, professeur à l'Université de Lausanne
- Luc MEBENGA TAMBA, co-directeur de thèse, professeur à l'Université de Yaoundé I
- Irène MAFFI, professeure à l'Université de Lausanne
- Claudine BURTON-JEANGROS, professeure à l'Université de Genève
- Nicoletta DIASIO, professeure à l'Université de Strasbourg

autorise, sans se prononcer sur les opinions de la candidate, l'impression de la thèse de Madame Josiane MBARGA, intitulée :

**«L'expérience de la ménopause. Etude ethnographique en Suisse romande et au Centre-Cameroun» .**

Lausanne, le 20 août 2012

**Le Doyen de la Faculté**



Professeur  
Fabien Ohl

## Résumé

Aujourd'hui, la construction sociale de la ménopause intéresse de nombreux chercheurs en sciences sociales. Cependant, la façon dont les femmes vivent ou se représentent cet événement reste peu documentée. L'objectif de cette thèse est donc d'approfondir la compréhension de l'expérience de la ménopause en accordant une place primordiale aux discours et aux pratiques des femmes elles-mêmes. En s'appuyant sur une recherche ethnographique en Suisse romande et au Centre-Cameroun, cette étude parcourt différentes dimensions de l'expérience de la ménopause (représentations, vécus, pratiques de gestion) qui, corrélées les unes aux autres, forment un tout.

Au-delà des divergences que l'on peut observer au niveau culturel, de la situation économique et sociale des femmes, des systèmes de santé et du statut occupé par la ménopause dans les deux pays, les résultats de ce travail montrent que les expériences de la ménopause chez les Suissesses et les Camerounaises interviewées ne peuvent pas simplement être classifiées de manière binaire ou dichotomique. Dans chacun des contextes, ces expériences sont plurielles et dépendent de plusieurs facteurs. D'une part, elles découlent d'une observation empirique de la part de ces femmes elles-mêmes et de leurs interactions avec différents acteurs dont les médias (particulièrement en Suisse), les pairs, les proches et les professionnels de la santé. D'autre part, elles sont influencées par de nombreuses variables parmi lesquelles le contexte économique, socioculturel, familial et conjugal, le statut professionnel, la prévalence des troubles ressentis et le statut ménopausique de ces femmes. Mais, ces facteurs ne sont pas hiérarchisés puisqu'ils agissent différemment pour chacune d'entre elles. Dès lors, s'il apparaît que les expériences ménopausiques n'échappent point aux déterminations sociales, il n'en demeure pas moins qu'elles relèvent aussi des capacités réflexives des femmes, les conduites sociales n'étant pas réductibles à des applications des codes intériorisés.

Au fil du travail, la médicalisation de la ménopause, bien qu'existant à des degrés variables entre la Suisse et le Cameroun, a émergé comme une problématique transversale. Interrogeant les logiques qui la sous-tendent, cette étude se propose d'analyser le rôle que jouent les femmes elles-mêmes dans ce processus.

## **Abstract**

Today, the social construction of the menopause is of great interest for many researchers in social sciences. Nevertheless, the way of living or of representing this event is still little documented. The aim of this thesis is to study thoroughly the understanding of menopausal experience through the discourses and practices of women themselves. Based on an ethnographic research, in French-speaking Switzerland and in Centre-Cameroon, this study looks at different dimensions of menopausal experience (representations, real-life experiences, practices) that, connected to each other, form a whole.

In spite of the cultural, economic, social, health systems and menopausal status differences between these two countries, the results of this thesis show that menopausal experiences among the Swiss and the Cameroonians interviewees can not simply be classified in two dichotomous groups. In each context, those experiences are plural and depend on several factors. On the one hand, they arise from women's own empirical observations and from their interactions with several actors like the media (especially in Switzerland), the peers, the people closest to them and health professionals. On the other hand, they are influenced by many elements such as the economical, sociocultural, family and marital context, the professional status, the prevalence of felt disorders and the menopausal status of those women. But, these factors are not hierarchical because they operate differently for each person. Accordingly, if menopausal experiences don't escape from social determinism, nonetheless they also depend on the reflexive capacities of women because social conducts can not be reduced to the application of interiorised codes.

Through this work, the medicalisation of the menopause, even though varying between Switzerland and Cameroon, comes to light as a cross-cutting problematic. Questioning its underlying logic, this study proposes to analyse the role that women themselves play in this process.

## Remerciements

Au terme de cette thèse, j'exprime, en priorité, toute ma gratitude à mes deux directeurs de thèses, Ilario Rossi et Luc Mebenga Tamba, dont les conseils et les remarques ont nourri ma réflexion tout au long de ce travail.

Merci à Claudine Burton-Jeangros pour ses encouragements, ses conseils et pour tout le soutien qu'elle m'a apporté pendant ces années de thèse. En tant que membres du jury, ses commentaires ont aussi largement contribué à améliorer ce travail.

Je remercie Irène Maffi et Nicoletta Diasio, membres du jury, dont la rigueur et les suggestions ont également permis d'améliorer le texte initial.

Je remercie également Daniel Delanoë, pour ses écrits qui ont alimenté mon questionnement, sa relecture bienveillante et ses remarques pertinentes.

Toute ma reconnaissance va à l'équipe soignante qui m'a ouvert les portes au sein de l'hôpital suisse où j'ai mené mes observations. Votre disponibilité et nos échanges ont constitué une source d'enrichissement pour la réalisation de cette thèse.

Un tout grand merci à toutes les personnes qui ont accepté de répondre à mes interrogations : les femmes, les médecins, les naturopathes et les « faiseurs de remèdes ». Ce travail n'aurait pas pu être effectué sans vous.

Je ne saurais oublier les « longs crayons », Rose-Anna Foley et Michela Canevascini. Nos rencontres et échanges multiples, vos relectures et surtout notre amitié m'ont été très précieux. Merci d'avoir partagé mes doutes et de m'avoir encouragée à persévérer.

Merci aussi à Roberta Raffaetà, François Kaech, Yannis Papadaniel, Anne-Christine Voeffray-Favre et Jérôme Debons dont les échanges pendant et en dehors des colloques ont aussi nourri ma réflexion.

Un merci particulier à Frédérique Bourg pour « les astuces » sur la rédaction et à Sabine Delaloye dont la relecture très attentive et la parfaite maîtrise de la langue française ont, sans nul doute, amélioré la compréhension de mes idées.

Merci à ma famille, à mes parents, qui bien qu'éloignés, n'ont cessés de me soutenir et à mon frère Nicodème pour sa présence et son assistance indéfectible pendant mes moments d'hésitation et de découragement.

Merci à tous mes amis : Jean-Daniel, Lara, François, Gilberte, Dany, Urbain, Catherine, Alexis, José et Sandrine dont le soutien dans mes moments difficiles m'a donné la force d'avancer.

Je remercie beaucoup mon curé, l'abbé Bernard Sonney et Roland Loos pour leur contribution à l'impression de cette thèse.

Enfin, ma reconnaissance va à la Société Académique Vaudoise, à la Fondation Butticaz, à la Fondation du 450<sup>ème</sup>, au Bureau d'Égalité et des Chances de l'Unil, pour les subsides qu'ils m'ont accordés, qui m'ont permis d'effectuer mon travail de terrain au Cameroun et d'achever la rédaction de cette thèse dans de meilleures conditions.



# TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>1</b>
<b>PROLOGUE : POURQUOI LA MÉNopause ? .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE .....</b>	<b>9</b>
I.    L'OBJET DE LA RECHERCHE .....	11
II.   UN CADRE ANALYTIQUE PLURIEL.....	18
III.  STRUCTURE DU TRAVAIL .....	21
<b>PREMIÈRE PARTIE : L'ÉTAT DE LA QUESTION.....</b>	<b>25</b>
<b>CHAPITRE I. FEMMES, MÉNopauseS ET SOCIÉTÉS .....</b>	<b>29</b>
<b>I. HISTOIRES DE LA MÉNopause À TRAVERS LES CULTURES .....</b>	<b>29</b>
I.1. UN STATUT PRIVILÉGIÉ .....	30
I.2. UN STATUT MOINS FAVORABLE.....	34
I.3. ENTRE MALÉFICE ET BÉNÉFICE.....	35
I.4. SEXUALITÉ PROSCRITE OU PRESCRITE.....	37
I.5. QUESTION DE GENRE .....	38
I.6. LA MÉNopause CHEZ LES BETI DU CAMEROUN .....	40
<b>II. PERCEPTIONS ET VÉCUS DE LA MÉNopause .....</b>	<b>48</b>
II.1. LES REPRÉSENTATIONS ASSOCIÉES À LA MÉNopause .....	48
II.2. VARIATION DES ATTITUDES SUR UN CONTINUUM DU NÉGATIF AU POSITIF .....	50
II.3 LES VARIABLES INFLUENÇANT LES REPRÉSENTATIONS ET LES VÉCUS DE LA MÉNopause .....	53
<i>II.3.1. Le niveau d'instruction.....</i>	<i>53</i>
<i>II.3.2. La classe sociale.....</i>	<i>53</i>
<i>II.3.3. L'environnement conjugal .....</i>	<i>54</i>
<i>II.3.4. L'environnement familial .....</i>	<i>54</i>
<i>II.3.5. Le contexte culturel.....</i>	<i>55</i>
<b>III. LES PRATIQUES DE GESTION DE LA MÉNopause .....</b>	<b>58</b>
III.1. LE TRAITEMENT HORMONAL.....	58
<i>III.1.1. Les motifs de recours et de non recours au traitement hormonal substitutif.....</i>	<i>60</i>
<i>III.1.2. Les variables influençant le recours au THS.....</i>	<i>61</i>

III.2. LE RECOURS AUX MÉTHODES ALTERNATIVES .....	63
<b>CHAPITRE II. LA MÉDICALISATION DE LA MÉNOPAUSE : DE LA PHYSIOLOGIE À LA PATHOLOGIE....</b>	<b>65</b>
<b>I. LA NOTION DE MÉDICALISATION.....</b>	<b>65</b>
<b>II. DÉFINITION DE LA MÉNOPAUSE .....</b>	<b>71</b>
II.1. LA PRÉ-MÉNOPAUSE.....	73
II.2. LA MÉNOPAUSE.....	74
II.3. LA POST-MÉNOPAUSE.....	75
<b>III. LA MÉDICALISATION DE LA MÉNOPAUSE COMME PATHOLOGISATION.....</b>	<b>76</b>
III.1. L'ARRÊT DES RÈGLES DANS LA MÉDECINE PRÉSCIENTIFIQUE : LE MODÈLE HUMORAL .....	76
III.2. LA CRÉATION DE LA MÉNOPAUSE COMME PATHOLOGIE D'INSUFFISANCE ENDOCRINIENNE.....	78
<i>III.2.1. Le triangle gynécologues, industrie pharmaceutique et scientifiques de laboratoires.....</i>	<i>79</i>
<i>III.2.2. Les traitements de la ménopause.....</i>	<i>83</i>
III.2.2.1. Le Traitement Hormonal Substitutif .....	83
III.2.2.2. Les alternatives au THS.....	89
<b>IV. LA MÉDICALISATION DE LA MÉNOPAUSE : DE LA CRÉATION DE L'ANORMAL À LA NORMALISATION .....</b>	<b>91</b>
<b>V. PROCESSUS DE SOCIALISATION ET ENTRÉE DE LA MÉNOPAUSE DANS L'ESPACE PUBLIC.....</b>	<b>94</b>
<b>VI. LA PLATE-FORME DU DISCOURS MÉDICALISANT LA MÉNOPAUSE.....</b>	<b>98</b>
VI.1. LE CORPS À RISQUE .....	99
VI.2. LA RHÉTORIQUE DE LA FIN DE LA JEUNESSE, DE LA FÉMINITÉ ET DE LA SEXUALITÉ.....	101
<b>VII. LES DISOURS ALTERNATIFS AU MODÈLE BIOMÉDICAL .....</b>	<b>102</b>
VII.1. LES CONTRE-DISCOURS FEMINISTES .....	103
VII. 2. LES PARTISANS DES MÉDECINES DITES « NATURELLES » .....	108
<b>CHAPITRE III : MISE EN CONTEXTE ET ETHNOGRAPHIE DES TERRAINS D'ÉTUDE .....</b>	<b>113</b>
<b>I. DESCRIPTION DES CONTEXTES D'ÉTUDE .....</b>	<b>113</b>
I.1. SITUATION ÉCONOMIQUE, SOCIALE ET CULTURELLE DES FEMMES .....	114
I.2. LE SYSTÈME DE SANTÉ.....	121
<i>I.2.1. Financement et gestion des soins .....</i>	<i>121</i>
<i>I.2.2. Structures de santé et démographie médicale .....</i>	<i>123</i>
<i>I.2.3. L'approvisionnement en médicaments.....</i>	<i>126</i>
<i>I.2.4. Du pluralisme médical .....</i>	<i>129</i>
I.3. STATUT DE LA MÉNOPAUSE.....	141

<b>II. DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE .....</b>	<b>142</b>
II.1. UNE INSERTION SUR LE TERRAIN DIFFÉRENTE SUIVANT LE CONTEXTE .....	142
II.2. DE LA COLLECTE DU MATÉRIAU DE RECHERCHE.....	149
<i>II.2.1. Les entretiens.....</i>	<i>149</i>
II.2.1.1. La sélection des personnes interviewées.....	150
II.2.1.2. Le déroulement des interviews.....	153
II.2.1.3. Description de la population cible .....	156
<i>II.2.2. L'observation .....</i>	<i>168</i>
II.2.2.1. L'accès aux « consultations de ménopause » : l'emblème de la blouse blanche.....	169
II.2.2.2. Observer des consultations intimes.....	171
<b>III. L'ANALYSE DES DONNÉES.....</b>	<b>173</b>
<b>DEUXIÈME PARTIE : REGARDS DE FEMMES .....</b>	<b>175</b>
<b>CHAPITRE IV : LES REPRÉSENTATIONS PROFANES DE LA MÉNOPAUSE .....</b>	<b>179</b>
<b>I. LA RÉFÉRENCE AUX ASPECTS PHYSIOLOGIQUES .....</b>	<b>179</b>
I.1. L'ARRÊT DES RÈGLES .....	179
<i>I.1.1. La fin des ennuis et des restrictions .....</i>	<i>180</i>
<i>I.1.2. La contrariété de la fin.....</i>	<i>184</i>
I.2. LA FIN DE LA PÉRIODE DE FERTILITÉ .....	187
I.2. L'ARRÊT DU FONCTIONNEMENT OVARIEN.....	192
<b>II. LA RÉFÉRENCE AUX ASPECTS SOCIAUX ET SYMBOLIQUES .....</b>	<b>194</b>
II.1. LA PERTE DE LA FÉMINITÉ .....	194
II.2. MÉNOPAUSE ET VIEILLESSE. UN RAPPORT AMBIGU .....	201
<i>II.2.1. Un événement qui projette dans le vieillissement ou .....</i>	<i>202</i>
<i>II.2.2 ... Un événement qui s'inscrit dans la continuité.....</i>	<i>205</i>
<b>CHAPITRE V : LE VÉCU SUBJECTIF DE LA MÉNOPAUSE .....</b>	<b>211</b>
<b>I. LES CONSÉQUENCES MÉNOPAUSIQUES RAPPORTÉES PAR LES FEMMES INTERVIEWÉES.....</b>	<b>212</b>
I.1. SUR LE PLAN PHYSIQUE .....	212
<i>I.1.1. Le corps qui chauffe .....</i>	<i>213</i>
<i>I.1.2. Le corps qui échappe.....</i>	<i>223</i>
<i>I.1.3. Le corps à risque .....</i>	<i>226</i>
<i>I.1.4. Un corps en perte de santé ou en proie à des maladies .....</i>	<i>229</i>
I.2. LA TRANSFORMATION DE L'IMAGE CORPORELLE .....	234
<i>I.2.1. Le corps transformé : la modification de la silhouette.....</i>	<i>235</i>

1.2.2. <i>Le corps sec, mou et flasque</i> .....	238
I.3. SUR LE PLAN ÉMOTIONNEL.....	243
I.4. MÉNopause ET SEXUALITÉ .....	247
1.4.1. <i>Une sexualité problématique</i> .....	249
1.4.2. <i>Une sexualité sans grand changement</i> .....	253
1.4.3. <i>Une sexualité épanouissante et libérée de toute contrainte</i> .....	254
1.4.4. <i>Une sexualité maintenue sous contrainte</i> .....	256
<b>II. ATTITUDES DES FEMMES FACE À LA MÉNopause.....</b>	<b>264</b>
II.1. UNE VARIABILITÉ D'ATTITUDES .....	264
11.1.1. <i>Une attitude positive</i> .....	264
11.1.2. <i>De l'ambivalence</i> .....	267
11.1.3. <i>De l'indifférence</i> .....	268
11.1.4. <i>Une attitude négative</i> .....	269
II.2. LES LOGIQUES EXPLICATIVES.....	272
11.2.1. <i>Le vécu des règles</i> .....	272
11.2.2. <i>Le contexte socioculturel, familial et conjugal</i> .....	273
11.2.3. <i>Le niveau d'instruction et l'activité professionnelle</i> .....	283
11.2.4. <i>La prévalence des troubles et le statut ménopausique</i> .....	285
<b>CHAPITRE VI. SOURCES DE SAVOIRS PROFANES ET INTERACTIONS AVEC LES « AUTRUIS SIGNIFICATIFS ».....</b>	<b>289</b>
<b>I. LES SOURCES D'INFORMATION PROFANES.....</b>	<b>289</b>
I.1. LES MÉDIAS .....	290
I.2. LES PAIRS .....	291
I.3. LE CONJOINT.....	293
I.4. LA MÈRE ET LA FILLE : UNE TRANSMISSION INTERGÉNÉRATIONNELLE PEU PROBABLE .....	297
<b>II. LES SOURCES D'INFORMATION PROFESSIONNELLES .....</b>	<b>301</b>
II.1. LES FIGURES DU GYNÉCOLOGUE .....	306
II.2. LES INTERACTIONS FEMMES-GYNÉCOLOGUES.....	311
11.2.1. <i>Une relation asymétrique</i> .....	313
11.2.2. <i>Une relation de type négocié : la fin du patient soumis</i> .....	319
<b>TROISIÈME PARTIE : MÉNopause ET PRATIQUES .....</b>	<b>329</b>
<b>CHAPITRE VII : GESTION INSTITUTIONNELLE ET PROFESSIONNELLE DE LA MÉNopause .....</b>	<b>333</b>
<b>I. LA PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE .....</b>	<b>333</b>

I.1. LES GROUPES D'INFORMATION ET D'ÉCHANGES SUR LA MÉNOPAUSE .....	334
I.2. LES « CONSULTATIONS DE MÉNOPAUSE » .....	337
I.2.1. Dispositif clinique des consultations .....	337
I.2.2. La portée de la consultation .....	339
I.2.3. Au cœur de la consultation : le médicament .....	340
<b>II. LA PRISE EN CHARGE DE LA MÉNOPAUSE PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ.....</b>	<b>341</b>
II.1. GYNÉCOLOGUES, MÉNOPAUSE ET TRAITEMENTS.....	341
II.1.1. Les représentations des gynécologues à l'égard de la ménopause .....	342
II.1.2. La prise en charge ménopausique par les gynécologues .....	349
II.1.2.1. L'information .....	350
II.1.2.2. La prise en charge médicamenteuse.....	353
II.2. NATUROPATHES, « FAISEURS DE REMÈDES », MÉNOPAUSE ET TRAITEMENTS .....	370
II.2.1. Les représentations des naturopathes et des « faiseurs de remèdes » vis-à-vis de la ménopause .....	371
II.2.2. La gestion des troubles de la ménopause par les naturopathes et les « faiseurs de remèdes » .....	372
II.2.3. Les médecines alternatives : un pas vers la démedicalisation ? .....	376
II.3. DIVERGENCES OU CONFLITS ?.....	379
II.3.1. Attitudes des gynécologues vis-à-vis des médecines alternatives .....	379
II.3.2. Attitudes des naturopathes et « faiseurs de remèdes » vis-à-vis de la biomédecine et de l'hormono-substitution .....	382
<b>CHAPITRE VIII : GESTION INDIVIDUELLE DE LA MÉNOPAUSE .....</b>	<b>391</b>
<b>I. DE L'ACCEPTATION ET DE LA NÉGOCIATION AVEC LE CORPS .....</b>	<b>392</b>
<b>II. LES PRATIQUES D'ENTRETIEN DU CORPS .....</b>	<b>394</b>
II.1. L'ALIMENTATION ET L'EXERCICE PHYSIQUE .....	395
II.2. LES SOINS COSMÉTIQUES ET ESTHÉTIQUES .....	400
<b>III. LE RECOURS ÉVENTUEL DES FEMMES AUX TRAITEMENTS.....</b>	<b>402</b>
III.1. USAGE ET ATTITUDES DES FEMMES À L'ÉGARD DU TRAITEMENT HORMONAL SUBSTITUTIF .....	403
III.1.1. Fonctions et avantages attribués par les femmes au THS .....	403
III.1.2. Critiques des femmes vis-à-vis du THS .....	414
III.2. USAGE ET ATTITUDES DES FEMMES À L'ÉGARD DES TRAITEMENTS HORMONAUX LOCAUX .....	421
III.3. USAGE ET ATTITUDES DES FEMMES À L'ÉGARD DES MÉDECINES ALTERNATIVES ET DES MÉDICAMENTS PHYTOTHÉRAPEUTIQUES.....	422

<b>IV. LES VARIABLES INFLUENÇANT LES PRATIQUES DE GESTION DE LA MÉNOPAUSE.....</b>	<b>432</b>
IV.1. LE CONTEXTE SOCIAL, CULTUREL ET ÉCONOMIQUE .....	433
IV.2. LES REPRÉSENTATIONS, LE VÉCU ET L'ATTITUDE VIS-À-VIS DE LA MÉNOPAUSE.....	435
IV.3. LE RAPPORT AUX MÉDICAMENTS ET AUX TRAITEMENTS DE LA MÉNOPAUSE.....	435
IV.4. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES .....	437
<b>V. LA MÉDICALISATION DE LA MÉNOPAUSE : ENTRE ACCEPTATION ET REFUS .....</b>	<b>439</b>
V.1. DE L'ADHÉSION ET/OU DE LA REVDICATION : QUAND LA MÉDICALISATION VIENT DES FEMMES .....	439
V.1.1. <i>Une auto-médicalisation polymorphe</i> .....	440
V.1.2. <i>Liberté ou contrainte ? Les deux</i> .....	449
V.1.2.1. Un choix libre et consentant .....	450
V.1.2.2. Un choix normé et normatif .....	451
V.2. DE LA RÉSISTANCE ET DU REFUS.....	455
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>463</b>
I REPRÉSENTATIONS ET VÉCUS MÉNOPAUSIQUES CHEZ LES SUISSSESSES ET LES CAMEROUNAISES : NÉCESSITÉ D'UN DÉPASSEMENT DES DICHOTOMIES BINAIRES.....	465
II. PRENDRE EN CHARGE LA MÉNOPAUSE : POSTURES ET ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES VARIÉS .....	471
III. MÉNOPAUSE ET PROCESSUS DE MÉDICALISATION .....	475
IV. LIMITES DE L'ÉTUDE ET PISTES DE RECHERCHE À EXPLORER .....	480
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>483</b>

## PROLOGUE : POURQUOI LA MÉNOPAUSE ?

Mon intérêt pour la ménopause date de plusieurs années, alors que j'étais étudiante à l'Université Catholique d'Afrique Centrale de Yaoundé. Inscrite au programme de maîtrise en sciences sociales, je devais, comme chaque étudiant, présenter un mémoire de fin de cycle sur un thème de mon choix. Je m'intéressai d'abord à la question du Planning familial et voulus approfondir la problématique de l'écart entre la théorie et la mise en pratique des méthodes de contraception connues par les femmes de Yaoundé. C'est alors en parcourant des ouvrages traitant de la santé reproductive que je découvre la ménopause sous un angle différent. Elle y apparaît comme une déficience en hormones et est décrite comme un phénomène à l'origine de plusieurs désagréments : on parle de symptômes physiques et psychologiques. Surprise, parce que j'avais toujours pensé que la ménopause était l'étape la plus « positive » et paisible du cycle de vie féminin, je décidai donc de m'engager sur ce terrain inconnu. Je fus très vite déçue par le manque d'ouvrages traitant de cette thématique dans la bibliothèque de l'Université. Je parcourus alors les bibliothèques de l'OMS et des centres de Planning familial où je trouvai quelques documents. La plupart de ceux-ci était le fruit des travaux effectués dans le monde occidental, généralement de nature clinique et portant spécifiquement sur la symptomatologie de la ménopause et sur son incidence sur la santé des femmes. Je découvris ensuite quelques ouvrages de sciences sociales qui traitaient de la sexualité et du rôle des femmes ménopausées chez les Beti et Tikar du Cameroun. Ils portaient plutôt sur d'autres thématiques et n'abordaient l'arrêt des règles que de manière superficielle. Sur les pas de Jeanne-Françoise Vincent, Julienne Ngoundoung Anoko et Jean-Pierre Ombolo, dont les travaux anthropologiques seront cités dans la suite de ce travail, j'entrepris alors ma première recherche sur l'arrêt des règles. Je fis une étude comparative entre les milieux urbain et rural et révélai que la ménopause constitue un critère de

changement du statut social des femmes beti, plus particulièrement en milieu rural. En effet, les femmes désormais infécondes appartiennent à une nouvelle catégorie et acquièrent de nouveaux rôles sociaux. Comme les hommes, elles ont droit au respect, mais ces changements sont très peu visibles en milieu urbain, les rôles attribués aux femmes n'étant pas en rapport avec leur statut génésique.

Après l'obtention de mon diplôme de Maîtrise en sciences sociales, je m'inscrivis en DEA (Diplôme d'Etudes Approfondies) romand en Sociologie à l'Université de Lausanne. Je décidai de poursuivre la recherche sur la ménopause en mettant l'accent sur les représentations et le vécu des femmes, réalisant là aussi une étude comparative. Elle portait sur les femmes de Suisse romande et sur les femmes beti en milieu urbain et rural. Il en ressortit que les représentations associées à la ménopause sont différentes d'un contexte à l'autre, qu'elles sont influencées par le milieu socioculturel des femmes, par leur environnement familial et conjugal, par leur degré d'information sur les symptômes de la ménopause et par la prévalence ou l'intensité desdits symptômes. Mais, en fin de compte, tandis que les femmes de Meyo<sup>1</sup> insistent sur les aspects positifs de la ménopause (libération de la conception d'enfants, d'interdits socioculturels, accès à de nombreux privilèges) malgré les troubles qu'elles rapportent, les Suissesses et les Camerounaises de Yaoundé, quant à elles, insistent sur les aspects négatifs (absence de valorisation des femmes à cette période de leur vie) et sur les troubles qui surviennent. Cette étude n'était pas exhaustive et plusieurs questions restaient en suspens : les sources d'information des femmes sur la ménopause, l'impact de sa médicalisation, les pratiques de gestion des troubles qui y sont associés, l'implication des professionnels de la santé, leur avis sur l'arrêt des règles et la manière de la prendre en charge. C'est donc l'envie d'explorer ces thématiques qui m'a encore poussée à faire de la ménopause le sujet de ma thèse de doctorat.

---

<sup>1</sup> Meyo est un village, d'une centaine d'habitants, situé à 30km de Yaoundé, capitale politique du Cameroun.

## **INTRODUCTION GÉNÉRALE**



## I. L'OBJET DE LA RECHERCHE

Phénomène naturel défini par l'arrêt des règles, la ménopause est une transition biologique inéluctable dans le parcours de vie de chaque femme. Elle intéresse de plus en plus les chercheurs de disciplines diverses, car les femmes ménopausées constituent désormais une frange importante de la population du fait de l'allongement de l'espérance de vie, particulièrement en Occident. En effet, en Suisse, l'espérance de vie s'élève aujourd'hui à 80,1 ans pour les hommes et 84,5 ans pour les femmes (OFS 2012). Généralement ménopausées autour de cinquante ans, les femmes occidentales peuvent donc vivre au moins une trentaine d'années après l'arrêt des règles. Au Cameroun, l'espérance de vie à la naissance a régressé à cause de la pandémie du SIDA, des endémies et de la mortalité infantile toujours élevée. Elle est évaluée en 2002, à 47,2 ans pour les hommes et 49,9 ans pour les femmes (Ministère de la Santé Publique 2011). La proportion des personnes âgées de plus de soixante ans n'est cependant pas insignifiante, car elle est estimée à environ 10% en 2010 (Ministère de la Santé Publique 2011). On peut donc aussi y trouver un nombre non négligeable de femmes ménopausées.

Aujourd'hui, la ménopause fait l'objet de publications pléthoriques, mais, elle n'a pas toujours été un « succès de librairie » (Andrieu 2005). En effet, l'étude de la cessation de la fonction menstruelle – longtemps considérée comme un des signes du vieillissement – fut délaissée en faveur de celle de la menstruation, symbole de la fonction reproductive, qui retient l'attention de la profession médicale depuis l'Antiquité. Ce n'est qu'au XVIII<sup>ème</sup> siècle, que les médecins commencent à se pencher sur la ménopause qui devient alors objet de recherche scientifique (Vinel-Long et Diasio 2006 ; Delanoë 2006). Dès cette époque, apparaissent de nombreux ouvrages, traités, thèses et articles de vulgarisation à son sujet. Néanmoins, si la littérature sur la ménopause abonde en Suisse, il n'en est pas de même au Cameroun où l'on ne dénombre que très peu d'études qui y sont consacrées. Conçus sous un angle biologique, clinique ou épidémiologique, la plupart des

documents se rapportent majoritairement aux symptômes de l'arrêt des règles, à ses altérations sur la santé des femmes et aux traitements pouvant y remédier.

Mais, depuis quelques décennies, l'arrêt des règles, affranchi de cette compréhension strictement biologique et individuelle, est pensé dans ses dimensions sociales et culturelles. En effet, l'idée que la ménopause relève d'une construction socioculturelle est aujourd'hui communément admise : être ménopausée n'est pas un simple fait de nature, soumis uniquement à des lois biologiques et physiologiques. Chaque société, chaque culture à chaque époque se distingue par sa façon spécifique de considérer et de vivre cet événement. La ménopause a une histoire qui se déroule dans le temps, évolue selon les sociétés, au gré des croyances et des connaissances. Toutefois, si les chercheurs en sciences sociales affirment que les symptômes ou les troubles attribués à l'arrêt des règles ne sont pas universellement partagés, il ne s'agit pas pour autant d'en nier la dimension physiologique (Lock 1993, 2006 ; Delanoë 1998b, 2006).

À partir de recherches comparatives entre sociétés et milieux sociaux différents, de nombreux chercheurs en sciences sociales abordent l'arrêt des règles comme un élément impliquant le changement de statut social des femmes. Leurs études mettent donc fortement l'accent sur les rapports sociaux de sexe. Pour Héritier, par exemple, « ce n'est pas le sexe, mais la fécondité qui fait la différence réelle entre le masculin et le féminin, et la domination masculine (...) est fondamentalement le contrôle, l'appropriation de la fécondité de la femme au moment où celle-ci est encore féconde » (1996 : 230). Définitivement infécondes à la ménopause, les femmes ne sortent pas pour autant du circuit des relations hiérarchiques entre les deux sexes. La ménopause qui marque la fin du privilège accordé aux femmes d'enfanter les deux sexes entraîne une attitude sociale ambivalente à leur égard (Héritier 1996) : elles sont alors perçues, soit comme inutiles voire dangereuses, soit au contraire, comme des quasi-hommes, accédant, de ce fait, au respect. De façon positive ou négative, femmes manquées ou hommes manqués, le statut des

femmes change suivant les sociétés (Verdier 1979 ; Thiriet et Képès 1986, Héritier 1996 ; Héritier-Augé 1998 ; Naamane-Guessou 2000).

Davantage consacrées à la description de ces représentations conceptuelles et imaginaires, les premières recherches anthropologiques ne se sont que très peu intéressées à énoncer des données factuelles de l'arrêt des règles ou à explorer la façon dont les femmes vivent cet événement. Les études relatant les expériences des femmes manquent alors cruellement. Mais qu'entend-on, dans ce contexte, par le terme d'expérience ?

Selon *Le Robert illustré* (2012), l'expérience désigne le fait d'éprouver, de ressentir quelque chose. C'est une connaissance de la vie, des choses, acquise par des situations vécues. Certes, on retrouvera ces aspects lorsque les professionnels de la santé et les femmes interviewés parleront de leur vécu, de leur savoir issu d'une observation empirique directe ou indirecte. Mais, la notion d'expérience telle qu'elle est utilisée dans cette recherche vient principalement des travaux du sociologue François Dubet (1994 et 2007) dont la définition prolonge celle susmentionnée. En effet, pour lui, l'expérience revêt une double signification : d'une part, elle évoque le vécu, le flux des émotions, des sentiments ou des idées et d'autre part, elle s'applique aux techniques de résolution de problèmes. Dubet se réfère à cette expression pour décrire les conduites sociales qu'il a observées et analysées dans ses études portant sur les mouvements sociaux, la jeunesse, l'immigration et l'école. Mais, elle peut également s'appliquer à d'autres champs d'étude tel que celui de la santé et de la maladie, particulièrement pour les chercheurs qui optent pour l'approche interprétative (Good 1998). En effet, dans les travaux anthropologiques portant sur l'expérience de la maladie, les chercheurs mettent généralement l'accent sur sa trajectoire, sur la construction de sens qu'opèrent les individus devant cet événement et sur les stratégies qu'ils déploient pour la résorber ou pour y faire face. La notion d'expérience me permet alors

d'articuler, sous ce même concept, différentes dimensions du phénomène ménopausique<sup>2</sup> abordées dans ce travail en l'occurrence ses représentations, ses vécus de même que les pratiques de gestion institutionnelles, professionnelles et individuelles.

La narration occupe une place importante dans les travaux socio-anthropologiques qui portent sur l'expérience de la maladie (Good 1998). La nécessité de valoriser le point de vue de l'acteur encourage les chercheurs à accorder de la place aux personnes concernées, pour qu'elles puissent parler de leur maladie et de la façon dont elles la vivent, des conséquences de la maladie sur leur vie existence et de leur recherche de traitement. Les discours des malades constituent alors l'un des principaux moyens d'accéder à l'expérience de la maladie. Dans la même logique, bien que je ne considère pas la ménopause comme une maladie, j'accorde une place importante aux discours des femmes dans ce travail parce qu'ils me permettent de mieux saisir la façon dont elles interprètent leur situation et y font face. Sans occulter les aspects conceptuels, il s'agit principalement, dans cette étude, à partir d'une approche inductive, d'insister sur la dimension factuelle de la ménopause dans deux contextes différents autant sur le plan politique, économique, socioculturel que des systèmes de santé. Sur les pas de Margaret Lock (1993 ; 2006) et de Daniel Delanoë (1998a ; 1998b ; 2006), qui ont réalisé d'importantes études quantitatives et qualitatives sur l'expérience subjective des femmes ménopausées, je m'intéresse à la question de savoir quelles sont les représentations que les femmes associent à la ménopause en Suisse romande et au Centre-Cameroun. Comment vivent-elles leur ménopause ? Quelles stratégies adoptent-elles pour résorber les troubles qu'elles lui attribuent ? Quelles interactions peut-on trouver entre les trajectoires de soins des femmes et les offres soignantes disponibles dans leur contexte ?

---

<sup>2</sup> Ce terme est, selon *Le Robert illustré (2012)*, un adjectif se rapportant à la ménopause et est l'équivalent en Français de l'adjectif anglo-saxon *menopausal (Harrap's shorter 2004)*. Il est de plus en plus utilisé par les socio-anthropologues (Delanoë 1998b, 2003, 2006 ; Thoër-Fabre 2005) pour qualifier ce qui a trait à la ménopause. C'est dans la même logique que je l'emploie dans ce texte.

Si chaque individu construit son expérience d'une manière unique, parce que les histoires et les conditions de vie sont différentes, le matériau à partir duquel cette expérience se construit n'est pas dénué d'un caractère social, affirme Dubet (2007). Ainsi, l'expérience de la ménopause ne peut se comprendre en dehors de son contexte de médicalisation actuelle, d'où l'importance que j'accorde à ce processus dans cette recherche. La ménopause est en effet aujourd'hui, comme d'autres étapes de la vie féminine, médicalisée, c'est-à-dire associée à « un état de la maladie qui est de la compétence de la médecine » (Massé 1995 : 165). Il ne s'agit plus simplement de l'arrêt des règles, mais d'un point de vue biomédical, d'une carence hormonale due à l'extinction des sécrétions ovariennes, à l'origine de plusieurs maux et désagréments, auxquels peuvent remédier les traitements hormonaux. Si ce processus de médicalisation de l'arrêt des règles se situe à des degrés différents entre la Suisse et le Cameroun, il convient néanmoins de souligner qu'il contribue, de diverses manières et dans les deux contextes, à la construction des expériences ménopausiques des femmes rencontrées, puisqu'elles côtoient l'univers médical. Pour mieux l'étayer, il s'avère nécessaire, au préalable, de comprendre quel a été le processus de médicalisation de la ménopause et ensuite de s'interroger sur les acteurs qui y participent. Une abondante littérature (qui sera exposée au deuxième chapitre) décrit ce phénomène en mettant l'accent sur l'hégémonie de la profession médicale et sur l'influence de l'industrie pharmaceutique. Le rôle des femmes, quant à lui, est peu mis en évidence. Quelle place y occupent-elles ? D'un point de vue interactionniste, je pense qu'en tant qu'actrices et sujets, elles jouent un rôle important, puisqu'elles sont les principales destinataires et consommatrices des traitements de la ménopause et qu'elles sont aussi au centre des processus de réflexion et de décisions concernant leur corps et leur santé, depuis plus d'un quart de siècle.

L'interactionnisme est un courant de pensée qui n'a pas de théoricien unique. Dès son origine, il y règne une diversité de démarches et d'approches. Cependant, les différents contributeurs, tout en gardant chacun leur originalité, ont en commun

une conception de l'individu et de la société enracinée dans le pragmatisme<sup>3</sup> et une méthodologie qui s'inscrit dans la tradition des enquêtes de terrain de l'École de Chicago<sup>4</sup> (Baszanger 1992 ; De Queiroz et Ziotkowski 1997).

Contrairement aux fonctionnalistes qui conçoivent la société comme un ensemble structuré, relativement statique, composé d'acteurs contraints par des normes et valeurs qui découlent de phénomènes structurels, les interactionnistes perçoivent la société comme une production collective, fruit de rencontres entre groupes, de leur travail, de leurs négociations, de leurs conflits et de leurs issues (Baszanger 1992). Les interactionnistes ne voient pas seulement la société comme l'adéquation d'un ensemble de statuts à un ensemble de rôles, mais insistent sur la complexité de ces rôles en mettant en relief la distance que peut avoir l'individu par rapport à ces derniers. L'interactionnisme s'oppose alors fortement au paradigme normatif du fonctionnalisme qui considère que l'acteur social n'agit pas seulement en fonction de ses intérêts, mais conformément à un système de normes sociales intériorisées. Pour les interactionnistes, les individus sont perçus comme « réflexifs, créatifs, et actifs et non pas comme des objets passifs à des forces sociales sur lesquelles ils n'auraient pas de contrôle » (Baszanger 1992 : 14). Ils rejettent alors toute forme de déterminisme biologique et social.

Cette posture ne signifie pas, pour autant, que les interactionnistes instituent un modèle théorique dans lequel les normes sociales seraient absentes ou n'auraient

---

<sup>3</sup> Le pragmatisme est une tradition philosophique américaine dans laquelle les analyses philosophiques se distinguent mal des réflexions psychologiques ou sociologiques. Ses « cadres sociaux » s'appuient sur l'image d'un monde constitué d'individus librement agissant, où l'individu et la société se constituent l'un par l'autre. L'homme est considéré comme un sujet actif, le résultat d'un processus d'interactions entre les facteurs biologiques et sociaux, dont les relations avec la société forment le nœud essentiel (De Queiroz et Ziotkowski 1997).

<sup>4</sup> On parle d'École de Chicago pour désigner tout d'abord ce centre exceptionnel d'innovation et de production sociologique que fut l'Université de Chicago. La première école de Chicago, qui domine la Sociologie américaine jusqu'en 1935, prend son essor dans les années 1910 et privilégie la recherche de terrain. Elle a produit de nombreux travaux sur l'immigration et la déviance dans les grandes villes des États-Unis et notamment à Chicago. La deuxième école de Chicago, née autour des années 1940 a eu le mérite d'introduire, parmi les méthodes qualitatives existantes, l'observation participante, inspirée de l'ethnologie. (De Queiroz et Ziotkowski 1997 ; Paillé 2010).

pas de poids, mais ils privilégient une vision équilibrée des rapports entre l'individu et la société : l'être humain « ne se réduit pas au statut d'observateur passif de processus qui se dérouleraient à l'extérieur et indépendamment de lui. Il peut contrôler et modifier son environnement matériel et social. Il le produit autant qu'il est produit par lui » (De Queiroz et Ziotkowski 1997 : 15).

Ainsi, les interactionnistes, parmi lesquels Anselm Strauss, Eliot Freidson et Ervin Goffman, dont les travaux empiriques restent emblématiques, ont largement contribué à faire reconnaître et à prendre en compte les activités subjectives – représentations, pratiques –, la réflexivité et les capacités d'interprétations et de négociation des individus. Sur leurs pas, j'entends prolonger la réflexion sur la médicalisation de la ménopause en l'abordant comme un processus interactionnel, impliquant autant les femmes – bien que toutes n'y participent pas – que d'autres acteurs, soumis autant à la logique de l'offre qu'à celle de la demande.

Étudier la ménopause nécessite d'intégrer ce contexte de médicalisation, comme je l'ai souligné. Mais, d'autre part, l'expérience ménopausique ne saurait être comprise en dehors de la vie sociale des femmes, c'est-à-dire sans prendre en considération les interactions qui se jouent dans les différentes sphères de la vie sociale. Les vécus de la ménopause, les pratiques et la construction de sens qu'opèrent les femmes devant cet événement s'inscrivent dans un ensemble de relations sociales et se construisent au cours des interactions auxquelles il est nécessaire de s'intéresser pour approfondir la compréhension de l'expérience ménopausique. Dès lors, l'intérêt que je porte particulièrement aux professionnels de la santé se justifie par le fait qu'ils sont largement impliqués dans la construction de la logique actuelle de la ménopause, en termes de définition et de prise en charge, du fait de sa médicalisation. Je m'intéresserai donc non seulement à la manière d'aborder la ménopause par les institutions médicales suisses et camerounaises, aux représentations de la ménopause des gynécologues et leur façon de résorber les troubles rapportés par les femmes, mais aussi aux relations que les femmes entretiennent avec ces professionnels et à la façon dont elles

répondent aux offres médicales dans la construction de leur expérience ménopausique. Puis, sachant que si elle implique principalement la biomédecine, la gestion de l'arrêt des règles demeure un problème qui la déborde de toute part, j'explorerai aussi la question de savoir comment se décline le rapport à la ménopause dans le contexte de pluralisme thérapeutique. Il s'agira alors d'une part, de mettre en évidence les représentations et les pratiques de gestion de la ménopause mises en place par les professionnels de la santé usant d'autres techniques et thérapies, et d'autre part, d'explorer le recours des femmes à ces approches.

Dubet (1994, 2007) définit l'expérience comme la résultante de trois logiques de l'action en l'occurrence l'intégration, la stratégie et la subjectivation, que j'évoque brièvement. Dans la logique de l'intégration, l'individu se définit par ses appartenances. Il fait siennes les attentes d'autrui et, ses conduites de même que ses pensées procèdent de la manière dont il a intériorisé les modèles culturels, les normes, les rôles au cours de la socialisation. Dans la logique de la stratégie, il se comporte comme un stratège visant certains objectifs et essaie de réaliser la conception qu'il se fait de ses intérêts personnels. Et enfin, dans le registre de la subjectivation, l'individu s'affirme comme un sujet critique, dans la distance ou dans l'engagement, non réductible à ses rôles ni intérêts. Étudier l'expérience de la ménopause suppose alors que l'on ne considère pas les femmes comme étant uniquement des individus appliquant des modèles culturels assimilés, mais aussi comme des acteurs construisant leurs choix et stratégies. Les expériences ménopausiques peuvent alors se révéler diversifiées.

## **II. UN CADRE ANALYTIQUE PLURIEL**

Cette recherche aborde la question de l'expérience de la ménopause dans deux contextes socioculturels différents. Le travail a été réalisé en Suisse romande, à Lausanne, et au Centre-Cameroun, à Yaoundé. Il porte sur un petit nombre de

femmes, de chaque contexte, dont les expériences seront étudiées dans une perspective comparative.

La démarche comparative « constitue dans les sciences sociales une approche très féconde, car elle nous aide à mieux comprendre le réel » (Vigour 2005 : 97). En l'absence d'une expérimentation proprement dite, la comparaison apparaît comme une démarche quasi expérimentale, un instrument de compréhension et d'explication. Elle permet, en effet, au chercheur de parvenir à montrer la diversité et la complexité de la thématique étudiée et d'atteindre plusieurs objectifs : remettre en question les évidences du monde familier, mieux connaître l'Autre (Vigour 2005).

« Comparer, c'est à la fois assimiler et différencier par rapport à un critère » (Vigour 2005 : 6-7). C'est relever des différences et des points communs en fonction des références préalablement définies. Dans ce travail, je compte user de l'approche comparative pour saisir les représentations de la ménopause chez les femmes et les professionnels de la santé au Cameroun et en Suisse romande ; pour explorer le vécu subjectif des femmes de ces deux milieux socioculturels et enfin, pour mettre en évidence la gestion institutionnelle, professionnelle et individuelle de la ménopause dans les deux contextes étudiés.

Ce travail s'inscrit dans une perspective théorique qui compte concilier l'anthropologie interprétative et l'approche critique. Ces deux approches ont longtemps été utilisées chacune de manière singulière, mais aujourd'hui, de plus en plus de chercheurs transcendent cette polarisation des épistémologies pour adopter « une troisième voie » (Bibeau 1999 ; Massé 2007) qui sache concilier les perspectives microsociologiques et macrosociologiques. C'est dans cette mouvance que je compte analyser mon matériau de recherche en essayant de faire ressortir les enjeux sociaux sous-jacents aux différentes représentations, vécus et pratiques autour de l'arrêt des règles et de la fertilité.

L'approche interprétative est une branche de l'anthropologie médicale qui privilégie le sens ou la signification que les individus accordent à leurs problèmes de santé. Elle s'insère donc dans une perspective microsociologique tant elle s'intéresse aux représentations, aux vécus subjectifs et aux pratiques des individus (Good 1998). Le rapport de la culture à la maladie occupe une place primordiale, mais la dimension biologique n'est pas réifiée. Au contraire, l'approche centrée sur le sens et l'interprétation considère que « la biologie, les pratiques et les significations sociales interagissent dans l'organisation de la maladie en tant qu'objet social et expérience vécue » (Good 1998 : 127). En cela, l'anthropologie interprétative adopte une position fortement interactionniste, qui m'amène à combiner l'approche critique au paradigme interprétatif. Dans une perspective macrosociologique, celle-ci voit dans les représentations de la maladie une « mystification » (Good 1998) de par leur camouflage des rapports de pouvoir sous-jacents. Elle invite donc à démasquer les intérêts dominants et à attirer l'attention sur les formes de résistance à la culture hégémonique. C'est dans cette logique que Martin (1987) analyse les représentations associées à la menstruation, à la maternité et à la ménopause dans la culture américaine. Elle montre non seulement comment les métaphores présentes dans les écrits médicaux s'inspirent du capitalisme marchand pour représenter la reproduction et le statut des femmes en tant que reproductrices, mais aussi comment les femmes, particulièrement celles des classes ouvrières y résistent. Dans ce travail, j'aimerais aussi porter un regard critique sur la médicalisation de la ménopause en montrant comment le discours biomédical dominant et la définition de la ménopause comme maladie carenentielle contribuent à la stigmatisation des femmes ménopausées. Mais, il s'agira aussi de dévoiler, au-delà des représentations et pratiques, les mécanismes auxquels les femmes et autres acteurs ont recours pour constituer des formes de résistance ou, au contraire, œuvrer au renforcement de cette médicalisation.

### III. STRUCTURE DU TRAVAIL

Ce travail est composé de trois parties et de huit chapitres. La première partie comprend trois chapitres. Le premier explore la littérature socio-anthropologique afin d'identifier les représentations culturelles et symboliques relatives à l'arrêt des règles et de mettre en évidence le vécu subjectif des femmes de sociétés diverses. Je fais, au préalable, un détour à travers de nombreuses sociétés pour dégager les tendances communes, les différences et les variations des aspects conceptuels et socioculturels de la ménopause. Un accent particulier est mis sur les Beti du Cameroun, en tant que populations autochtones de Yaoundé, l'un de mes terrains d'étude. Ensuite, en prenant appui sur les études qui portent sur les vécus subjectifs des femmes, je mets en évidence leur variabilité en énonçant les facteurs susceptibles de les influencer selon les travaux récapitulés. Enfin, un dernier axe du chapitre expose les techniques mises en place par les femmes pour résorber les troubles ménopausiques, que les auteurs ont recensés. Le deuxième chapitre retrace l'histoire de la ménopause en mettant en lumière son émergence comme objet de recherche scientifique et sa construction par la profession médicale. La définition de la ménopause, les étapes de son processus de médicalisation ainsi que les acteurs impliqués y sont minutieusement présentés. Mais, la médicalisation de la ménopause n'ayant pas que des partisans, une dernière section du chapitre met alors en évidence les acteurs et les discours qui s'inscrivent en faux contre la définition de la ménopause en tant que pathologie d'insuffisance endocrinienne. Cette première partie se termine par un troisième chapitre qui présente précisément les deux contextes étudiés, relate mon insertion sur mes deux terrains d'étude et explicite le dispositif mis en place de même que les difficultés rencontrées pour recueillir les informations nécessaires à l'élaboration de ce travail.

Dans les deuxième et troisième parties du travail, je me penche principalement sur l'analyse du matériel ethnographique en mettant en relief les similitudes et les divergences observées entre les femmes, les différents thérapeutes et les contextes

socioculturels étudiés. Chaque chapitre d'analyse approfondit une dimension particulière de l'expérience ménopausique.

Dans la deuxième partie, je commence par présenter, au chapitre quatre, les représentations que les femmes interviewées en Suisse et au Cameroun associent à la ménopause. Celles-ci se structurent en plusieurs éléments physiologiques, sociaux et symboliques, transversaux ou spécifiques, que j'exposerai de manière successive. Puis, le chapitre cinq rend compte du vécu subjectif de ces femmes en mettant l'accent sur les conséquences qu'elles attribuent à l'arrêt des règles, sur les plans physique et psychologique, sur leur état de santé ou leur sexualité. Il traite aussi de la variabilité des attitudes observée ainsi que des éléments susceptibles de les influencer. Le sixième chapitre aborde principalement les sources de savoir des femmes. Il présente les différents acteurs qui participent à la construction de l'expérience ménopausique et les interactions avec eux. Les gynécologues étant décrits par la quasi-totalité des femmes comme une importante source à mobiliser à ce moment de leur vie, leurs interactions avec les femmes font l'objet d'une attention particulière dans la dernière section du chapitre. J'examine de plus près les échanges rapportés par les soignants et les soignés qui permettent de faire ressortir deux types de relations existantes entre ces protagonistes.

La troisième et dernière partie du travail relate les pratiques autour de la ménopause, qu'elles soient institutionnelles, professionnelles ou individuelles. Le septième chapitre est consacré à la prise en charge de l'arrêt des règles par les institutions médicales et par les professionnels de la santé rencontrés. Il aborde d'abord la gestion de la ménopause au sein de l'hôpital H, qui a été observé, en exposant le travail des soignants au sein des « consultations de ménopause ». Ensuite, il révèle les représentations de la ménopause des professionnels de la santé (gynécologues, naturopathes et « faiseurs de remèdes »), camerounais et suisses et illustre la manière dont ils traitent les troubles qui lui sont attribués tout en examinant l'hypothèse d'une démedicalisation du phénomène ménopausique visée par les thérapeutes des médecines alternatives. Enfin, il se termine par la mise

en évidence des principaux points de divergences entre les gynécologues et les thérapeutes des médecines dites douces ou « traditionnelles » dans la prise en charge ménopausique. Le huitième et dernier chapitre dévoile les pratiques de gestion de la ménopause mises en place par les femmes elles-mêmes. Tout en mettant en relief les stratégies auxquelles elles ont recours, il permettra de montrer que, quel que soit le contexte socioculturel, les itinéraires thérapeutiques des femmes ne sont pas univoques et sont influencés par de nombreux facteurs qui seront tour à tour explicités. Ce chapitre se termine en débattant la question nouvelle du rôle et de la place des femmes elles-mêmes dans le processus actuel de médicalisation de la ménopause.

Le travail s'achève par une conclusion générale dans laquelle je reprends les principaux résultats, ouvre quelques pistes de recherches et expose les limites relatives à cette étude.



## **PREMIÈRE PARTIE : L'ÉTAT DE LA QUESTION**



Cette première partie de du travail a pour objectif de contextualiser mon objet d'étude. Tout d'abord, dans les deux premiers chapitres, je commencerai par relater les recherches socio-anthropologiques relatives à la ménopause et à sa médicalisation. Il s'agira principalement de s'intéresser au caractère socialement construit de ce phénomène, que ce soit à travers les représentations culturelles et symboliques observées dans diverses sociétés et la pluralité des vécus des femmes, qu'à travers sa construction par la biomédecine comme une maladie carencielle. Je montrerai comment ma recherche s'inscrit à la suite des travaux évoqués et prolonge ainsi la réflexion. Faire le point sur la littérature anthropologique relative à la ménopause ne va cependant pas de soi, car les études sont éparses et réalisées dans diverses sociétés, à des époques différentes, ce qui ne facilite pas leur confrontation. De plus, on constatera que certains travaux datent de plusieurs décennies et n'ont pas été actualisés, ce qui m'empêche d'affirmer leur validité actuelle. Par ailleurs, on observera que la Suisse et le Cameroun, mes deux terrains d'étude, ne sont que sporadiquement évoqués, vu le manque de travaux ethnographiques consacrés à la ménopause dans ces deux pays.

Puis, dans un deuxième temps, au troisième chapitre, je présenterai mes deux terrains d'étude ainsi que la démarche méthodologique adoptée pour répondre aux questions que je me pose dans ce travail.



# **CHAPITRE I. FEMMES, MÉNOPAUSE ET SOCIÉTÉS**

Ultime étape du cycle reproductif féminin, la ménopause, arrêt des règles, est un phénomène physiologique et naturel inéluctable. Mais, elle n'est pas uniquement soumise à des lois physiologiques car elle fait l'objet d'une interprétation sociale. Chaque société, chaque culture se distingue par sa façon spécifique de considérer et de vivre cet événement. L'objectif de ce chapitre est alors de parcourir la littérature socio-anthropologique articulée autour de l'arrêt des règles et de ses implications socioculturelles. Les analyses des différents auteurs vont d'un pôle fonctionnaliste qui rend davantage compte du statut accordé aux femmes ménopausées dans diverses sociétés, à un pôle constructiviste et interactionniste qui met l'accent sur les représentations et le vécu subjectif des femmes elles-mêmes. Dès lors, j'exposerai, dans un premier temps, les représentations culturelles et symboliques qui entourent l'arrêt des règles de même que le statut social accordé aux femmes dont les capacités reproductives sont révolues. Puis, dans une deuxième section, je m'intéresserai aux études qui abordent le vécu subjectif des femmes. Enfin, dans la troisième partie, j'aborderai les stratégies de prise en charge de la ménopause par les femmes, soulignées par les différents auteurs.

## **I. HISTOIRES DE LA MÉNOPAUSE À TRAVERS LES CULTURES**

Chez les femmes, la période féconde est marquée par un début, la puberté et par une fin, la ménopause, soit l'apparition et la disparition des règles. Les règles sont la preuve qu'une femme peut être enceinte, et par là-même, perpétuer l'existence du groupe. Le statut des femmes dans la société semble ainsi largement déterminé par leur aptitude à procréer (Ginsbourg et Hardiman 1994). Or, à la ménopause, la principale caractéristique des femmes est qu'elles sont toutes stériles (Thiriet et Képès 1986 ; Héritier-Augé 1998). La ménopause, caractérisée par l'impossibilité pour elles de procréer, induit, par conséquent, une modification de statut social tel

que le soulignent plusieurs expressions populaires dans diverses langues européennes qui insistent sur la notion de changement de vie : *the change of life*, *die Wechseljahre*, *cambiamento di vita*, *cambio de vida* (Delanoë 2004).

Les premiers travaux anthropologiques sur la ménopause accordent une place importante au statut social des femmes ménopausées et rendent particulièrement compte de la place qui leur est attribuée dans la société au moment où elles sortent du circuit de production lié à la maternité. Ils montrent que la ménopause est une transition qui peut être une perte ou une valeur ajoutée socialement pour les femmes de différentes sociétés, selon que l'arrêt des règles y est porteur d'avantages ou de désavantages. Le statut des femmes peut être rehaussé et leur permettre l'accès à des rôles sociaux importants dans certaines communautés ou, à l'inverse, être dévalorisé dans d'autres (Héritier 1996 ; Delanoë 2006). Les sections qui suivent ont pour but de présenter cette divergence des représentations culturelles et symboliques associées aux menstruations, à leur arrêt, ainsi qu'au statut accordé aux femmes ménopausées dans diverses sociétés étudiées. L'objectif n'est pas de comparer ces études qui ont été réalisées à des époques différentes et probablement avec des méthodes d'investigations non similaires. Il est de montrer que les considérations culturelles et symboliques relatives à l'arrêt des règles peuvent être différentes d'un contexte à l'autre, d'une société à l'autre.

### **I.1. UN STATUT PRIVILÉGIÉ**

Plusieurs études ethnographiques<sup>5</sup> évoquent la situation favorable qu'acquièrent les femmes à l'arrêt des règles. Selon les sociétés, cette amélioration inclut l'accès à un statut supérieur, à des privilèges sociaux ou l'acquisition d'un nouveau rôle

---

<sup>5</sup> Dans cette première partie du chapitre, j'utilise le présent à plusieurs reprises alors que de nombreuses études citées sont datées. Je voudrais préciser que ce n'est pas leur validité actuelle qui m'importe, mais plutôt l'émergence en anthropologie du phénomène étudié. Les données rapportées appartiennent à une perspective ethno-historique et doivent être situées et comprises dans le temps et l'espace qui sont les leurs.

social, de nouvelles manières de faire. Réalisés à des époques différentes et dans des milieux socioculturels différents, ces travaux montrent ainsi le caractère socialement construit de l'arrêt des règles. On peut, par exemple, observer avec Hoestler et Huntington (1960 cités in Delanoë (2006) que chez les Hutterites du Sud de Dakota, l'arrêt des règles représente un privilège car il dispense les femmes ménopausées des travaux agricoles fatigants. Il en est de même dans la société gouro traditionnelle de Côte d'Ivoire où les femmes ménopausées ne préparent plus la nourriture, mais dirigent les travaux de la maisonnée (Haxaire 1987 cité in Delanoë 2006).

Georges Devereux (1950), étudiant les rites menstruels et les différentes étapes de la vie féminine chez les Indiennes mohaves s'est aussi intéressé à l'arrêt des règles. Il relève que, dans cette société, les femmes ménopausées jouissent d'un statut favorisé. L'arrêt des menstruations n'est pas vécu comme une période traumatisante, marquée par des tensions psychologiques. Au contraire, il équivaut à une consolidation des acquis de l'existence, à une décantation graduelle et à une cristallisation du sens de la vie et il s'accompagne d'un grand nombre de prérogatives. En l'occurrence, les femmes participent désormais à la vie publique du groupe d'où elles étaient auparavant proscrites. Modèles de sagesse et d'expérience, elles deviennent des personnages importants de la tribu : leurs conseils sont écoutés et leur bienveillance maternelle appréciée. Sur le plan sexuel, leur vie ne s'arrête pas et même, il leur est plus facile de se marier ou de trouver un amant, plus jeune qu'elles. En somme, la ménopause s'avère être une source d'épanouissement dans cette société, sur plusieurs plans :

« the Mohave woman, during and after the menopause continued to remain in the current of life, her hands full of work, her hoeuse full of grandchildren, her head full of the wisdom of experience, her arms not infrequently full of young housband or lover, eye still gleaming, her tongue quick to give witty repartee, and not at all disinclined to flirt outrageously with a man young enough to be her grandson » (Devereux 1950 : 248).

Loin des Indiennes mohaves, de nombreuses femmes d'autres sociétés acquièrent également une utilité sociale nouvelle, à l'arrêt des règles. La fonction d'accoucheuse, par exemple, n'est exercée que par les femmes ménopausées, dépourvues de toute souillure, chez les Mossi du Burkina Faso de même que chez les Lobi du Burkina Faso et de Côte d'Ivoire (Bonnet 1988 ; Cros 1990).

Dans la même mouvance, Yvonne Verdier (1979) peint aussi le personnage de « la femme-qui-aide », dont la description du rôle par les villageois de Minot (en France, dans la Bourgogne rurale) remonte au début du XX<sup>ème</sup> siècle. La tâche attribuée à « la femme-qui-aide » se réfère à deux moments précis, la naissance et la mort : « elle « fait les bébés », elle « fait les morts », c'est-à-dire leur toilette » (Verdier 1979 : 85). Sa fonction est à distinguer de celle de la sage-femme, car elle s'occupe uniquement de baigner et d'habiller l'enfant. Cependant, la plupart du temps, la sage-femme ou le médecin du village arrivaient tard de sorte que la « femme-qui-aide », toujours présente dès les premières douleurs, mettait très souvent l'enfant au monde. De plus, de 1905 jusque vers 1950, Minot n'ayant pas de sage-femme ni médecin, il fallait faire appel à ceux des villages voisins, qui souvent n'étaient pas disponibles ou arrivaient aussi trop tard. Le rôle de la « femme-qui-aide » était donc prééminent pendant cette période.

Saisir le nouveau-né ou ensevelir le mort, à Minot, effrayent les proches de la même manière : le nouveau-né est un être particulièrement vulnérable qu'il faut protéger des étrangers, c'est-à-dire des autres villageois, qui sont considérés comme dangereux ; à l'inverse, le mort, lui, est craint, car il représente le danger pour son entourage immédiat, qui est considéré comme vulnérable. S'occuper des bébés et des morts nécessite alors d'être à la fois inoffensif et invulnérable. Ainsi, les jeunes femmes ne peuvent être « femmes-qui-aident » à cause de la vulnérabilité de leur corps, soumis aux émois amoureux, aux alternances tumultueuses de leur sang, aux variations des règles et des grossesses. Le sang menstruel ou celui de l'accouchement font tarir le lait, empêchent le linge de blanchir, troublent l'eau des

puits et des fontaines et s'accompagnent de nombreux interdits comme celui du saloir, etc. L'arrêt des règles est donc la condition première pour assumer la fonction de « la femme-qui-aide » : « cette stabilité achevée du corps nous paraît (...) la condition préalable à l'exercice de sa charge : invulnérable et inoffensive, elle peut manipuler les morts et les nouveau-nés » (Verdier 1979 : 151). Si dès les années 60, la plupart des femmes se rendent à la maternité de Dijon pour l'accouchement, le personnage de la « femme-qui-aide » reste marquant à Minot.

Tout comme « la femme-qui-aide », la cuisinière, décrite par Verdier (1979) dans ce même village, doit aussi être ménopausée, car cuisiner renvoie aux mêmes exigences, à la même neutralité du corps pour ne pas compromettre la réalisation des mets souhaités. Appelée « la Delarche » à Minot, la cuisinière s'occupe des cuisines cérémonielles (noces, premières communions, baptêmes...). Et, contrairement à la fonction de la « femme-qui-aide » qui s'est en quelque sorte fracturée (étant plus vouée aux morts, faute d'avoir de nouveau-nés), celle de cuisinière est encore pleinement exercée au moment de l'ethnographie de Verdier, c'est-à-dire entre 1968 et 1975.

Ngoundoug Anoko (1996) décrit aussi l'acquisition d'un nouveau rôle social chez les Tikar du Cameroun, où la femme ménopausée est la figure sociale qui prépare la femme féconde à recevoir l'enfant, don des ancêtres. Dans cette société, lorsqu'elles n'ont plus les règles, les femmes deviennent mères des masques et entretiennent une relation privilégiée avec les masques, esprits de la forêt. Elles deviennent ainsi les intermédiaires entre le monde visible et invisible et s'opposent systématiquement aux femmes fécondes qui fuient les masques, car ils sont une menace d'infertilité. Un phénomène similaire est observé chez les Tin Dama de Nouvelle Guinée, où les femmes ménopausées font des séjours fréquents dans la forêt, domaine des morts et des fantômes. Elles changent aussi de rôle et deviennent des médiatrices entre les mondes masculin et féminin. Leurs conseils

thérapeutiques sont écoutés, car estime-t-on, les esprits parlent en elles (Delanoë 2006).

Dans d'autres sociétés, s'il ne s'accompagne pas d'un statut aussi élevé que chez les Indiennes mohaves et de rôles sociaux aussi importants que ceux susmentionnés, l'arrêt des règles induit néanmoins une levée d'interdits et des tabous relatifs au sang menstruel. Ainsi, la consommation de langue, de tête ou de moelle de caribou interdite aux jeunes femmes inuits, est autorisée aux femmes ménopausées (Delanoë 2006).

## **I.2. UN STATUT MOINS FAVORABLE**

Dans la littérature ethnographique, l'arrêt des règles n'apparaît pas que sous la forme d'un accès à des privilèges sociaux. Il peut aussi s'afficher sous l'aspect d'un événement qui conduit à une dévalorisation des femmes. Ainsi en est-il au Ghana, chez les Tiwi, où Field (1970) montre qu'à la ménopause, les femmes voient souvent leur mari prendre une jeune épouse qui pourra continuer à leur donner des enfants. Delanoë (2006) affirme aussi que dans l'Irlande rurale des années 1960, il est communément admis que la ménopause peut rendre folle et vers 45 ans, certaines femmes se confinent au lit pour attendre la mort. Il décrit une situation semblable chez les Gisu d'Ouganda, surtout chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants. Dès l'arrêt des règles, les femmes ne représentent plus « ni un bien ni une valeur » (Delanoë 2006 : 78). Le suicide féminin semble ainsi plus fréquent à cette période dans cette société.

Réalisant une étude sur la puberté, la ménopause et l'andropause au Maroc, Naamane Guessous décrit la ménopause comme l'« étape finale qui précipite vers la vieillesse... jusqu'à ce que mort s'en suive » (2000 : 12). Certes, quelques fonctions spécifiques sont dévolues aux femmes ménopausées, telles que la préparation de certains produits cosmétiques ou thérapeutiques. En outre, ces

femmes ne sont plus obligées de se voiler et de se cacher du regard des hommes. Malgré tout, la ménopause, qui rend les femmes stériles, apparaît comme un événement les amputant du dernier lien qui les rattachait à la féminité. Elle est alors vécue comme une injustice d'autant plus qu'il est généralement admis que l'homme, lui, ne vieillit pas ou alors plus tardivement que la femme. Que ce soit en milieu rural (région du centre et du sud) ou en milieu urbain (Casablanca) le langage utilisé pour nommer la ménopause abonde en termes négatifs et reflète une culture qui témoigne de peu de clémence à l'endroit des femmes qui ne peuvent plus procréer : la ménopause c'est quand la femme « vieillit, quand les règles l'abandonnent, quand son utérus sèche, (...) quand elle devient toujours malade (...), quand son souffle meurt, c'est-à-dire son désir sexuel, quand la femme est terminée, usée, finie, qu'elle ne sert plus à rien, qu'elle est foutue » (Naamane Guessous 2000 : 203).

Enfin, Delanoë (2003, 2006) montre que dans la France du XIII<sup>ème</sup> siècle, l'émergence du modèle humoral de la vieille femme maléfique pour autrui a permis d'assigner un statut péjoratif et dévalorisant à des femmes ménopausées. Ces conceptions ont aussi donné la possibilité de produire de manière exagérée, entre le XVI<sup>ème</sup> et XVIII<sup>ème</sup> siècle, des jeteuses de sort et des sorcières.

### **I.3. ENTRE MALÉFICE ET BÉNÉFICE**

Deux grands modèles se dégagent des croyances profanes à propos des règles. Le premier c'est *le modèle de la rétention* suivant lequel le sang n'est plus éliminé, tout en étant toujours produit par l'organisme, où il s'accumule et produit des effets soit bénéfiques, soit néfastes. Pour le second, l'arrêt des règles résulte de l'épuisement d'une réserve initiale de sang, progressivement perdue dans les accouchements et les menstruations (Delanoë 2006). À partir d'une enquête menée en France, Delanoë (2006) a pu démontrer que ces deux modèles se retrouvent encore dans la

société actuelle et organisent la perception de l'arrêt des règles chez beaucoup de femmes et d'hommes.

Dans une logique de rétention, les femmes de pêcheurs de Terre-Neuve, au Canada, attribuent une fonction de nettoyage du corps aux règles. Les bouffées de chaleur résultent d'un excès du sang non expulsé, comme pendant les périodes de règles, et sont alors qualifiées de purifiantes (Davis 1986). Cette idée prévaut aussi au Pays de Galles, où l'on considère qu'il est bon d'avoir autant de bouffées de chaleur pour éviter des complications et traverser la ménopause plus sereinement (Delanoë 2006). Naamane-Guessous (2000) abonde également dans le même sens lorsqu'elle affirme qu'au Maroc, en milieu rural, les femmes ménopausées doivent se faire saigner, car sans l'écoulement des règles, le sang gonfle et donne des maladies. Si la saignée tend à disparaître, la croyance en l'augmentation du volume du sang persiste quand même.

À l'opposée de ces sociétés, les Thaïs du centre de la Thaïlande attribuent des effets bénéfiques à la rétention du sang, gage de santé et de vigueur. La perte de sang pendant les règles est perçue comme affaiblissante. C'est sans doute ce qui justifie la perception positive de la ménopause dans cette société. Dès l'arrêt des règles, les femmes accèdent au statut de « matriarche ». Leur pouvoir s'étend sur toute leur famille, voire sur le village entier<sup>6</sup>.

Dans la logique des humeurs, reconstituée par Françoise Héritier, à partir des Samo du Burkina Faso, l'homme relève de la catégorie du chaud tandis que la femme relève de la catégorie du froid. L'homme est chaud parce qu'il produit sans cesse de la chaleur, le sperme étant un mélange de sang et de chaleur. La femme est froide parce qu'elle perd régulièrement du sang lors des règles. La femme qui a les règles perd de sa chaleur qui retourne à la terre. Si l'homme a plutôt un état stable, car il ne quitte jamais l'état de chaleur de l'enfance, il n'en est pas de même pour la

---

<sup>6</sup> D'après les observations d'Annie Hubert de 1965 à 1968, données à Delanoë (2006) sous forme de communication personnelle.

femme. Celle-ci passe tout au long de sa vie par des états transitoires et alternés de froid et de chaud. Elle est chaude avant la puberté et à la ménopause et froide pendant les autres périodes. Le froid attire le chaud et réciproquement. Aussi, mettre du chaud sur du chaud a pour effet immédiat d'assécher le cosmos. Dès lors, tout rapport sexuel avec une impubère ou une femme ménopausée apparaît dangereux parce qu'il favorise une accumulation excessive de chaleur (Héritier 1978). Les aménorrhéiques représentent, d'après les Samo, l'anormalité maximale : elles sont chaudes comme des hommes, alors qu'elles ne produisent pas elles-mêmes la chaleur, mais se contentent de l'accumuler. Comme les femmes stériles, les femmes ménopausées sont celles sur qui l'accusation de sorcellerie risque de peser le plus, surtout si elle sont soupçonnées d'avoir des rapports sexuels, favorisant l'accumulation d'une chaleur explosive (Héritier 1978, 1996 ; Héritier-Augé 1998).

#### **I.4. SEXUALITÉ PROSCRITE OU PRESCRITE**

Les relations sexuelles des femmes ménopausées font l'objet de proscriptions qui renvoient à la physiologie de l'arrêt des règles, comme nous venons de le voir chez les Samo (Héritier 1978, 1996) et à l'arrêt de la fécondité (Delanoë 2006). Ainsi, chez les Luo du Kenya, la vie sexuelle des femmes s'arrête au début de la ménopause, car tout rapport sexuel avec elles pourrait provoquer la mort (Potasch 1986). C'est aussi le cas dans la société tikar du Cameroun, à Nditam, où l'on considère que la femme ménopausée est l'opposé de la femme au plein épanouissement de sa sexualité. Elle est celle qui a « franchi le marigot » de la vie sexuelle parce que l'arrêt de l'écoulement menstruel sonne celui des rapports sexuels (Ngoundoung Anoko 1996). Dans les ouvrages sus-cités, des informations sur le respect de ces normes ne sont pas fournies. Il n'est donc pas aisé de savoir s'il existe un décalage entre leur prescription et les pratiques des femmes.

Mais, la ménopause ne met pas nécessairement fin à la vie sexuelle et l'arrêt des rapports conjugaux n'est pas valable dans toutes les sociétés. Elle peut, au contraire, être source d'un profond épanouissement sexuel pour les femmes de certaines sociétés. C'est le cas chez les Indiennes Mohaves, nous l'avons vu. Il en est également ainsi chez les Maya du Yucatan (Mexique) et les paysannes grecques de l'île d'Eva qui, délivrées de la peur des grossesses non désirées, affirment avoir une meilleure sexualité avec leur mari (Beyene 1986a, 1986b). On peut aussi observer la prescription d'une sexualité non conjugale aux femmes ménopausées dans la société tzeltal, une communauté maya d'Amérique du Sud, où les femmes âgées, particulièrement les veuves, ont l'autorisation d'avoir des relations sexuelles avec les jeunes hommes non mariés (Nash 1970 cité in Delanoë 2006). Enfin, chez les Tin Dama, c'est aux femmes ménopausées que revient l'initiation des hommes à l'amour (Lupu 1981).

### **I.5. QUESTION DE GENRE**

La notion de genre se réfère aux représentations du masculin et du féminin, à leur hiérarchisation ainsi qu'aux rapports de pouvoir qui se jouent à travers ces définitions et leurs modes d'institutionnalisation (Parini 2006). Dans chaque société, des constructions socioculturelles sont élaborées autour des rôles, des qualités et des caractéristiques attribuées aux femmes et aux hommes. Mais, il arrive que l'arrêt des règles vienne perturber ces agencements. En effet, les études anthropologiques révèlent que le genre féminin peut se décliner sous trois différentes figures, à l'arrêt des règles.

Premièrement, comme l'affirme Delanoë (2006), dans la plupart des sociétés, à la ménopause, les femmes appartiennent toujours au genre féminin. Si la ménopause implique des changements importants chez les Indiennes Mohaves, les Mayas, les paysannes de l'île de Eva, on n'observe pas, cependant, de changement de genre (Delanoë 2006).

Deuxièmement, à l'arrêt des règles, les femmes peuvent devenir, socialement, « comme des hommes ». Mais cette expression est d'une interprétation délicate, car son emploi peut renvoyer à deux types de significations. D'une part, elle pourrait indiquer que les femmes ménopausées disposent de possibilités similaires à celles des hommes quant à l'accès au pouvoir. D'autre part, elle pourrait souligner le fait que l'arrêt des règles met les femmes sur le même plan social que les hommes, étant désormais incapables, tout comme eux, de mettre au monde des enfants (Vincent 2003). Quoi qu'il en soit, plusieurs sociétés accordent un statut de quasi masculinité aux femmes ménopausées : « elles ne seront certes jamais des hommes, mais s'en rapprochent » (Héritier-Augé 1998 : 20). Cette catégorie de femmes constituerait alors un *troisième genre*, selon Delanoë (2006). C'est le cas chez les Bantous Nyika de Zambie où le mot désignant la ménopause dérive de la notion de femme devenant un homme ou, chez les Nuer du Soudan, pour qui les femmes ménopausées peuvent jouer un rôle social entièrement masculin de père et de mari (Delanoë 2006). Le discours médical européen du XIX<sup>ème</sup> siècle laisse aussi entendre que les femmes ménopausées de cette époque appartiennent à un troisième genre : elles acquièrent la constitution d'un homme et sont sujettes aux mêmes affections, aux mêmes goûts. Elles ont moins d'instinct maternel, mais plus de prudence pour diriger une famille, affirme Poquillon (cité in Peumery 1990b).

Troisièmement, les femmes ménopausées peuvent être dotées de qualités entièrement opposées au masculin, réalisant un féminin excessif : c'est le *quatrième genre*, selon Delanoë (2006). La vieille femme kabyle en est la figure. Dans la culture kabyle d'Algérie, la vieille femme stérile « a un rapport à la nature indomptée, aux forces occultes (...) elle est prédisposée à la magie, et spécialement celle qui emploie la main gauche, la main cruelle et fatale et procède par giration de droite à gauche par opposition à l'homme qui emploie la main droite, la main du serment, et tourne de gauche à droite » (Bourdieu 1980 : 355). Dans cette société, non seulement les femmes ménopausées condensent toutes les propriétés négatives de la féminité, mais aussi, loin de devenir « comme des hommes », elles s'éloignent

davantage du genre masculin (Bourdieu 1980), constituant par là-même l'anormalité. Delanoë (2006) inclut également dans cette catégorie la « vieille sorcière européenne » et « la femme-qui-aide » qui, différentes des femmes fertiles, s'éloignent aussi du masculin.

## **I.6. LA MÉNopause CHEZ LES BETI DU CAMEROUN**

Une partie de cette étude est réalisée dans le Centre-Cameroun, à Yaoundé, zone située en milieu beti<sup>7</sup>, bien que de plus en plus de ses habitants viennent d'ailleurs. Il me semble donc important de présenter, de manière succincte, les considérations socioculturelles liées à la ménopause dans cette société, même si elles sont davantage valables, aujourd'hui, en milieu rural. Vincent (1976, 2001) et Ombolo (1990)<sup>8</sup>, effectuant des recherches en milieu beti ont abordé des questions relatives aux implications socioculturelles de l'arrêt des règles dans les sociétés étudiées. À leur suite, j'ai réalisé, en 2000 et 2003, des recherches dans le Centre-Cameroun, particulièrement à Meyo (milieu rural) et à Yaoundé (milieu urbain). Ces travaux ont été réalisés à plusieurs années d'intervalle et dans des milieux différents de la Province du Centre, mais ils présentent de nombreuses similitudes.

En effet, il apparaît, à la lumière de toutes ces recherches, que chez les Beti, la période fertile des femmes est rattachée au cycle lunaire. Pour définir la menstruation, les Beti, se réfèrent, en effet, au mois lunaire qui donne au cycle menstruel toute sa dimension cosmique. Avoir ses menstruations se dit « voir la

---

<sup>7</sup> Il existe au Cameroun plusieurs ethnies que l'on pourrait définir comme des grands ensembles ou sous-groupes culturels. A l'intérieur des ethnies, l'on trouve des tribus, qui, à leur tour, sont composées de clans. Les Beti sont l'une des ethnies les plus importantes du pays. Ils se trouvent dans les régions du centre et du sud et se composent d'une mosaïque de tribus comme les Ewondo (autochtones de la ville de Yaoundé), les Eton, les Mvele, les Bene, les Yesum (dont je parlerai dans la suite du travail) et beaucoup d'autres encore.

<sup>8</sup> Les travaux de Vincent (1976, actualisés dans son ouvrage de 2001) portent, de manière générale sur la vie sociale des femmes beti et l'ouvrage d'Ombolo (1990) porte sur la sexualité. Les aspects relatifs à la ménopause ne sont abordés que dans quelques sections de ces documents et découlent de recherches effectuées essentiellement en milieux ruraux.

lune » ou « avoir la maladie de la lune ». Par ailleurs, la jeune fille porte le même nom que la lune : *ngon*, qui signifie mois, la durée d'une lunaison et jeune (jeune fille). Si elle est jeune fille, c'est parce qu'elle vit la crise menstruelle avec une régularité apparente à celle de la lune (Vincent 1976, 2001 ; Ombolo 1990 ; Mbarga 2001 ; Abega et al 2002). Comme pour la lune, les influences de la menstruation revêtent un double aspect qui témoigne de son ambivalence. Ainsi, si les Beti reconnaissent un rôle primordial au sang menstruel dans le processus de la procréation, il n'en demeure pas moins qu'ils le considèrent aussi comme une souillure, une impureté. En période menstruelle, les femmes sont exclues de certaines activités habituelles. Elles n'ont pas le droit de cuire certains aliments (bâton de manioc, mets de pistaches ou d'arachides) qui resteraient à moitié cuits après le temps de cuisson nécessaire, de semer ou de toucher certaines plantes et céréales (piment, arachides...) dont la poussée et la moisson seraient affectées ou d'aller à la pêche, de peur de souiller l'eau de la rivière.

À la ménopause, les femmes quittent irrémédiablement ce statut de « lune ». Une femme ménopausée est celle « qui ne voit plus la lune » et qui n'est plus influencée par elle. Ce passage de la périodicité à la continuité se traduit alors par de nombreux changements, dans la vie sociale ou sexuelle.

Sur le plan social, les femmes ménopausées jouissent d'abord d'une levée d'interdits, se rapportant à l'alimentation, aux actes et aux attitudes dont ceux qui viennent d'être cités.

Sur le plan alimentaire, les femmes beti, avant la ménopause, doivent renoncer à la consommation de plusieurs animaux. Ces interdits font généralement référence à plusieurs étapes de la vie génésique des femmes : le flux menstruel, les hémorragies au moment de l'accouchement, les maladies et les malformations congénitales, les difficultés obstétriques, les troubles affectant la qualité du lait maternel (Mallart-Guimera 1981 ; Laburthe-Tolra 1985 ; Mbarga 2001 ; Abega et al 2002). Ainsi, manger des reptiles leur est déconseillé de peur que leur progéniture ne naisse avec

un corps allongé comme celui des serpents et ne soit privé de bras et de jambes. La consommation de la viande de chauve-souris leur est aussi interdite, car elle vaudrait à l'enfant des doigts palmés (Mallart-Guimera 1981). Sont également proscrites de l'alimentation des femmes, la tortue, qui vaudrait à l'enfant un rachitisme chronique et la viande de « Zib » (*Cephalopus Sylvicultor*), dont la chair trop saignante provoquerait chez les femmes de fortes hémorragies pendant l'accouchement (Mallart-Guimera 1981 ; Laburhte-Tolra 1985).

Quant aux interdits liés aux actes et attitudes, figure par exemple celui de défendre à une femme de tuer un animal parce que cela provoquerait chez ses enfants des convulsions semblables à celles de la bête qui agonise. Cet interdit trouve sa justification dans l'antagonisme entre la femme – qui donne la vie – et l'homme – qui donne la mort. Puisque la femme est chargée de donner la vie, le sang qu'elle répand est celui qui produit et maintient la vie (celui de l'enfantement par exemple). En revanche, seul l'homme est habilité à donner la mort. La femme ne devrait donc pas en réalité mettre un terme à l'existence, fut-elle celle d'une bête, pour éviter le renversement de l'ordre social (Mbarga 2001).

Les femmes enceintes ne doivent pas hésiter sur le seuil de la porte, ni même faire un geste à moitié, l'enfant risquerait de faire pareil le jour de l'accouchement, prolongeant ainsi les douleurs de sa mère. D'après Van Gennep (1981), la porte est la limite entre le monde étranger et le monde domestique, s'il s'agit d'une habitation ordinaire ; entre le monde profane et le monde sacré, s'il s'agit d'un temple. Le seuil, quant à lui, renvoie à une zone, à un endroit neutre qui n'est ni dedans ni dehors. C'est un endroit d'indétermination. Ainsi, « passer le seuil signifie s'agréger à un monde nouveau » (Van Gennep 1981 : 26). Tout comme le seuil, pour les Beti la grossesse est une période de marge dans laquelle les femmes sont en position interstitielle, d'indétermination. Si elles se tiennent sur le seuil de la porte, elles aggravent le degré d'indétermination. Devant veiller à ne pas prolonger

l'indétermination, elles devraient donc éviter de se tenir en position liminale et adopter une position précise (soit dedans, soit dehors) de sorte que l'enfant qui a une position entre le dedans et le dehors puisse facilement faire la transition (Mbarga 2001).

La prescription et le respect de ces interdits fonctionnent en réalité comme un système de contrôle et de purification sociale, car la société craint de voir toute la tribu anéantie par la souillure des transgressions (Mbarga 2001). Selon Laburthe-Tolra, « *l'eki*, l'interdit est en effet le garant de l'ordre social et de la bonne santé (*Mvoe*) » (1985 : 168). Ces interdits ont pour but de préciser l'articulation interne du corps social en démarquant les rôles et les statuts qui le composent. Dès lors, les interdits imposés aux uns et levés pour les autres établissent déjà en eux-mêmes un rapport de statuts au sein du groupe : « les interdits des femmes et des non initiés, et certains interdits des jeunes gens ont pour but de montrer la volonté explicite des Beti de marquer la hiérarchie sociale, ceux qui ne les respectent pas occupant les rangs les plus élevés de la société » (Laburthe-Tolra 1985 : 162). Par la levée d'interdits, les femmes ménopausées voient alors leur statut se rehausser au sein de la communauté.

En plus de la levée des interdits, les femmes acquièrent un rôle et une utilité sociale nouveaux. Avant l'émergence des centres de santé, l'accoucheuse, à Meyo, n'était autre qu'une femme ménopausée (Mbarga 2001), comme ce fut aussi le cas à Minlaba<sup>9</sup>, société beti dans laquelle Jeanne-Françoise Vincent a réalisé ses travaux (1976, 2001). Elle n'était généralement pas désignée par le village, mais le devenait de son propre gré, après avoir accompagné pendant plusieurs années une autre accoucheuse qu'elle remplaçait lorsque celle-ci devenait trop vieille ou mourait.

---

<sup>9</sup> Minlaba est un village de la province du Centre, dans le Département du Nyong et Soo. Il est situé à 70km de Mbalmayo, chef lieu du département.

Dépourvue de la souillure du sang menstruel, les femmes ménopausées ont le pouvoir de soigner les autres femmes et les enfants, car, estime-t-on, elles ont la maîtrise de leurs maladies. Les femmes non ménopausées ne sont pas exclues de la connaissance et de la pratique thérapeutiques, mais elles sont moins sollicitées parce qu'elles contractent encore la souillure du sang menstruel. Ainsi, seules les femmes ménopausées traitent *l'etòn* chez les enfants. *L'etòn* se réfère à ce que le langage populaire appelle communément la masturbation. Les Beti pensent qu'il s'agit d'une maladie et que la manipulation des organes génitaux n'en est que l'un des symptômes à côté de la perte de poids et l'anorexie. Dans la tradition beti, les enfants et les femmes ménopausées sont victimes de répressions sexuelles (Ombolo 1990). Ils appartiennent donc à la même catégorie et, en cela, les femmes ménopausées apparaissent comme les plus habilitées à traiter *l'etòn* (Ombolo 1990 ; Mbarga 2001). En plus de *l'etòn*, les femmes ménopausées ont la charge de traiter les femmes atteintes de *l'edip* (hydramnios). Il s'agit d'un trouble, relevant d'une catégorisation populaire qui se réfère aux mécanismes de la procréation. Le terme *edip* signifie profondeur et s'applique spécifiquement à une surface liquide. On dit ainsi qu'un cours d'eau, une mare, ou un endroit de la mer est *edip* pour signifier qu'on peut s'y noyer. Les Beti appellent *edip* l'ensemble des infections qui frappent l'enfant à sa naissance et qui proviennent du fait que l'appareil génital de la mère contient un excès de liquide amniotique « trop chaud et plein de gale » (Laburthe-Tolra 1985 : 218).

En outre, lors des travaux exclusivement féminins comme l'entretien des sources d'eau à boire, pendant que les femmes encore potentiellement fécondes se limitent au nettoyage des sentiers qui mènent à la rivière, les femmes ménopausées sont les seules à entrer dans l'eau pour nettoyer le bassin. Pour les Beti, une femme pouvant encore avoir les menstruations détériorerait la qualité de l'eau si elle entrait dans le bassin. C'est l'un des moments qui dévoilent publiquement ce qui était jusque-là resté dans l'intimité. En affichant ce nouveau statut physiologique,

les femmes ménopausées expriment aussi ouvertement leur revendication du respect de la part des plus jeunes (Mbarga 2001 ; Abega et al 2002).

Pour ce qui est des rites, dans la société beti, la division de rites correspond à la division sexuelle de la société. Il existe donc des rites propres aux hommes et ceux propres aux femmes (Vincent 1976, 2001 ; Ombolo 1990). Dans le cadre des rites féminins où l'on joue des scènes symbolisant la fécondité, la fécondation ou la reproduction, c'est une femme ménopausée qui joue les rôles relevant de la masculinité. Elle est « l'homme » parmi les femmes (Mbarga 2001 ; Abega et al 2002). Il en était ainsi lors des cérémonies du rite Mevungu - ancien et important rite féminin d'expiation, de purification, de protection, de disculpation, de renonciation au mal, d'exaltation de la féminité et de compensation à la domination subie – dont la responsable n'était autre qu'une femme ménopausée (Vincent 1976, 2001 ; Laburthe-Tolra 1985 ; Mbarga 2001). Et, lors des bains rituels permettant de laver le corps de la pollution résultant d'un deuil, ou de toute autre forme de souillure, les incantations adressées aux ancêtres sont aussi assurées par une femme ménopausée. C'est elle qui, parmi les autres femmes, parle préférentiellement aux mânes, femmes du lignage mortes (Mbarga 2001, Abega et al 2002).

En somme sur le plan social, par l'arrêt de la menstruation, les femmes deviennent socialement des hommes. Elle réalisent, leur entrée dans la catégorie de ceux qui dirigent la société, à qui l'on doit respect et obéissance (Mbarga 2001, 2005). À Meyo, Comme les hommes, les « femmes hommes » assistent au tribunal coutumier et sont consultées pour la gestion des conflits familiaux ou fonciers. Pendant leur vie féconde, il est impossible aux femmes de se faire entendre dans une assemblée d'hommes, « la poule ne chantant pas devant les coqs », comme le dit un proverbe. L'arrêt des règles leur procure alors un pouvoir de décision et le droit à la parole en public comme l'atteste Mbenga : « Lorsqu'elle atteignait l'âge de la catégorie de la femme mère (nyia mininga) dans son foyer, la société lui accordait le droit à la parole publique et la participation aux réunions secrètes du

clan » (2000 : 227). La ménopause confère ainsi aux femmes un pouvoir qui les valorise et leur permet de devenir *nyia mininga*, c'est-à-dire « *femmes accomplies* », « *vraies femmes* » (Mbarga 2001, 2005).

Sur le plan sexuel, les relations avec les femmes qui ne sont plus menstruées sont généralement proscrites. L'association entre vie féconde et vie sexuelle, n'a pas encore véritablement disparu. De plus, la sexualité féminine a pour finalité la procréation. La ménopause, qui annonce la fin de la période reproductive, marque donc la fin des rapports conjugaux, devenus inutiles (Vincent 1976, 2001 ; Ombolo 1990 ; Mbarga, 2001, 2005). La grande majorité de mes interlocutrices de Meyo ont alors affirmé avoir arrêté toute activité sexuelle. Cela pourrait s'expliquer premièrement par « l'effet de tradition » (Mbarga 2001) qui rend toujours difficile l'acceptation d'une vie sexuelle chez les femmes âgées. Deuxièmement, il y a ce que j'ai appelé « l'effet de ruralité » qui traduit la visibilité du partenariat sexuel. Du fait de l'étroitesse du village, les individus se connaissent mutuellement et les étrangers ainsi que les partenaires sexuels sont facilement identifiables. Cette visibilité du partenariat sexuel peut ainsi atténuer la volonté chez les femmes ménopausées (non mariées) d'avoir des relations amoureuses et les contraindre à l'abstinence. À l'effet conjugué de tradition et de ruralité, il faut ajouter le fait que les femmes que j'ai rencontrées étaient pour la plupart sans conjoint (généralement veuves, mais aussi célibataires ou séparées du mari) et âgées (plus de la moitié a plus de 55 ans). En milieu rural, à 50 ans, de nombreuses femmes ont un état de santé dégradé, à la suite de grossesses successives multiples et en raison de nombreux efforts physiques exigés par les travaux agricoles et ménagers, ce qui réduit probablement l'ardeur des ébats amoureux. À Meyo, l'arrêt des rapports sexuels des femmes qui ne sont plus menstruées est synonyme de dignité et d'exemplarité. Dans les pratiques, il n'est pas exclu que cette norme de proscription des rapports sexuels soit contournée, mais il n'est pas aisé de le vérifier, les affirmations relevant d'un domaine intime pour lequel je n'ai très souvent dû me contenter que du discours des femmes interviewées.

Si les avantages sociaux acquis par les femmes ménopausées beti sont palpables en milieu rural, il n'en est pas de même en milieu urbain, à Yaoundé. En effet, les femmes n'y acquièrent pas de valorisation particulière avec l'arrêt des règles. Il s'agit d'une grande ville, qui même si elle abrite des autochtones, est principalement composée d'une population hétérogène avec une très grande diversité culturelle. De plus, les populations y vivent à l'occidentale<sup>10</sup> et comme dans la plupart des villes, la place des femmes dans la société n'est pas corrélée à leur statut génésique. Par conséquent, les femmes n'acquièrent plus de valorisation uniquement parce qu'elles sont ménopausées, mais parce qu'elles sont appelées à jouer divers rôles importants dans la société. Contrairement aux femmes de Meyo qui attendent d'être ménopausées pour accéder au pouvoir, ce n'est pas le cas de celles de Yaoundé qui peuvent exercer des fonctions honorifiques, s'engager dans la politique avant la ménopause. La ménopause n'apporte donc pas de changement palpable dans leur vie sociale. Elle est davantage perçue comme un phénomène individuel alors qu'en milieu rural elle revêt un caractère social profond étant donné le rôle important que jouent les femmes ménopausées dans l'organisation et le fonctionnement de la communauté. Il n'est pas exclu de trouver des citadines beti qui, après avoir respecté les interdits susmentionnés, conformément à leur culture d'origine, déclarent se réjouir de la levée des restrictions socioculturelles relatives à la menstruation. Néanmoins, il est devenu rare de trouver des femmes qui assument des rôles spécifiques, des fonctions particulières de thérapeutes, d'accoucheuse ou de cheffe de rituels, à la suite de l'arrêt des règles, comme c'est le cas en milieu rural. Il arrive que certaines femmes apprécient mal cette absence de valorisation. Elles parlent alors souvent de « l'inutilité » de la femme à la ménopause, désormais dépourvue de la possibilité d'enfanter et donc moins importante pour la survie de l'espèce (Mbarga 2001, 2005).

---

<sup>10</sup> Plusieurs us et coutumes sont délaissés au profit des valeurs occidentales, que ce soit au niveau alimentaire, vestimentaire, de l'hygiène corporelle ou de l'éducation, pour ne citer que ceux-là.

Sur le plan sexuel, on assiste, à Yaoundé au passage d'une sexualité orientée vers la procréation et le mariage à une sexualité plus centrée sur le plaisir, du fait de nombreux contacts entre les individus, les groupes et les sociétés qui suscitent des emprunts de part et d'autre. Ces changements de mœurs ont contribué au refus de voir dans la ménopause la fin de la vie sexuelle. De plus, le réseau social est plus élargi, introduisant un effet d'anonymat de partenariat sexuel de sorte que lorsqu'il subsiste des réticences au sujet d'une vie sexuelle active à un âge avancé, les femmes peuvent l'avoir dans la discrétion. Dès lors, la majorité des citadines beti interviewées a affirmé avoir encore une vie sexuelle, même si, chez la plupart, elle n'est plus aussi fréquente qu'auparavant.

Après avoir longuement abordé les questions liées au statut social accordé aux femmes dont l'activité génésique est terminée, les chercheurs en sciences sociales se sont aussi orientés vers leur vécu concret comme nous le découvrirons dans la section suivante. La plupart de ces études adoptent une démarche qualitative. Quelques unes sont quantitatives (Naamane Guessous 2000 ; Bajulaiye et Sarrel 1986 ; Kellerhals 1974). Les travaux de Delanoë et de Lock relèvent d'une approche quantitative et qualitative en ce sens qu'ils portent sur une large population au sein de laquelle des entretiens ont été menés avec une partie de l'échantillon.

## **II. PERCEPTIONS ET VÉCUS DE LA MÉNopause**

Les recherches explorées mettent en évidence une diversité de représentations et de vécus ménopausiques en fonction de l'environnement socioculturel des femmes. Elles restent, cependant, encore éparses.

### **II.1. LES REPRÉSENTATIONS ASSOCIÉES À LA MÉNopause**

Delanoë (1998b, 2006) a construit un modèle de représentations de la ménopause structurées en cinq dimensions. Deux représentations de ce modèle ont trait aux phénomènes biologiques à savoir l'arrêt des règles et l'arrêt de la fécondité. Les

trois autres font référence au fait social construit autour de ces phénomènes biologiques, notamment l'évolution du capital santé, du capital esthétique et du capital symbolique. Ces dimensions sont généralement présentes dans les divers travaux parcourus.

Dans la plupart des études, les règles représentent pour les femmes, la marque de leur identité féminine (Delanoë 1998b ; Laznik 2003). Pour une minorité d'entre elles, leur arrêt s'accompagne d'un sentiment de perte de féminité, alors que pour la majorité, il s'assimile à une libération en termes de confort (Delanoë 1998b ; Mbarga 2001, 2005 ; Thoër-Fabre 2005).

L'arrêt de la fécondité est aussi perçu de diverses manières. Certains auteurs affirment qu'une grande majorité des femmes en serait soulagée (Mbarga 2001, 2005 ; Thoër-Fabre 2005). D'autres soutiennent, au contraire, que celui-ci est rarement perçu comme une libération et que plusieurs femmes en expriment plutôt des regrets (Delanoë 1998b ; Laznik 2003).

En ce qui concerne l'évolution du capital santé, les études montrent que les femmes associent la ménopause à une altération de leur santé à cause de l'apparition de symptômes. La majorité évoque des symptômes physiques tels que les bouffées de chaleur, la sécheresse vaginale les troubles articulaires et la prise de poids. Seule une minorité parle de troubles psychiques (irritabilité, sautes d'humeur), mais les troubles dépressifs associés à la ménopause sont rarement rapportés (Delanoë 1998b ; Thoër-Fabre 2005 ; Mbarga 2005). L'étude DAMES (Decisions at Menopause Study) effectuée par Obermeyer et al (2007) dans quatre pays dont le Liban, le Maroc, l'Espagne et les Etats-Unis, rapporte également une variabilité de symptômes attribués à la ménopause par les femmes des différents pays, mais dont le noyau central semble être constitué de bouffées de chaleur, douleurs articulaires, fatigue, sécheresse vaginale, troubles de sommeil, pertes de mémoire et autres troubles émotionnels.

Parlant du capital esthétique, les représentations de la ménopause divergent. Elles vont d'une perte minimale à une perte importante du capital esthétique et de séduction. Cette perte est liée aux modifications de l'image corporelle (Delanoë 1998b). Mais, elle semble plus préoccupante pour les citadines que pour les rurales (Naamane-Guessous 2000 ; Mbarga 2005).

Au plan symbolique, plusieurs travaux anthropologiques montrent que seule une minorité de femmes éprouvent un sentiment de perte de la valeur sociale. Donc pour la majorité d'entre elles, la ménopause n'implique pas une perte de statut social. Au contraire, elle est quelques fois décrite en des termes positifs (Delanoë 1998b ; Vinel 2004b).

## **II.2. VARIATION DES ATTITUDES SUR UN CONTINUUM DU NÉGATIF AU POSITIF**

En combinant les dimensions biologiques aux variations du capital santé, esthétique et symbolique, Delanoë (1998b, 2006), dont les travaux constituent une référence incontournable en Europe, a mis en exergue une typologie des représentations de la ménopause composée de six profils-type qui pourrait servir de repère à mon analyse.

### **- Le profil négatif**

Ce profil est minoritaire, car il ne regroupe que 7% de l'échantillon (Delanoë 1998b). Il est composé de femmes relativement jeunes, c'est-à-dire âgées de moins de 55 ans, avec un niveau d'études supérieur, résidant en milieu urbain, appartenant à des milieux favorisés, et souvent femmes-au-foyer. Elles sont généralement très médicalisées et consultent régulièrement un médecin. Celles-ci ont une connotation négative pour chacune des dimensions de la ménopause. Elles rapportent une forte perte du capital santé, esthétique et symbolique. La ménopause est clairement assimilée à la perte de la féminité et au début de la vieillesse.

- Le profil maternel

Ce sous-groupe est aussi minoritaire. Il représente 9% de la population cible (Delanoë 1998b). Il est composé de femmes presque toutes non encore ménopausées. Elles ont eu beaucoup d'enfants, parfois plus de quatre, mais ne sont pas encore grands-mères. Elles vivent en couple, appartiennent à la catégorie des employés. La fécondité ayant une valeur primordiale pour elles, l'arrêt des règles, signe douloureux de cette perte, est le premier à être évoqué. Même si elles désirent plus avoir d'enfants, elles éprouvent tout de même la difficulté à faire le deuil de leur fécondité. La perte du capital santé est minime et le capital séduction n'est pas entamé. La représentation de la ménopause comme début de la vieillesse est tout aussi présente, mais moins forte que dans le groupe précédent.

- Le profil ambivalent

Il comprend 23% des femmes interrogées (Delanoë 1998b). Ce groupe rassemble les femmes de tous âges, ménopausées ou non, et de toutes catégories sociales, pour qui les éléments négatifs tendent à l'emporter légèrement sur les éléments positifs. Les règles apparaissant pour elles comme un symbole de fécondité, leur arrêt est mal accepté. La perte de la fécondité représente à la fois une libération et un regret. La perte anticipée ou ressentie du capital santé n'est pas majeure, celle du capital séduction et symbolique se situe dans la moyenne.

- Le profil neutre

Il est composé de 13% des femmes (Delanoë 1998b). Ce groupe comprend en moyenne les femmes de plus de 55 ans, souvent actives, vivant en milieu urbain, appartenant à des foyers aisés et disposant d'une bonne autonomie financière. La ménopause ne semble pas avoir introduit de changements notables dans leur vie. Elles sont indifférentes à l'égard de l'arrêt des règles et de la fécondité, s'investissent peu dans le domaine de la séduction et la ménopause n'est pas envisagée pour elles comme l'entrée dans la vieillesse. Ces femmes portent cependant une attention particulière aux problèmes de santé et témoignent d'une

perte du capital santé qui se manifeste par des signes tels que les rhumatismes, les migraines, l'ostéoporose.

- Le profil naturel

C'est le groupe qui réunit le plus de femmes de l'échantillon, 31% (Delanoë 1998b) dont l'âge minimum est de 55 ans. Fortement scolarisées, elles appartiennent, pour la plupart, à un milieu favorisé et jouissent d'une forte autonomie financière. Elles s'investissent très peu dans la fécondité et sont relativement nombreuses à n'avoir pas d'enfants. Comme les précédentes, elles se caractérisent aussi par l'indifférence à l'égard de l'arrêt des règles et de la fécondité, l'absence de variation du statut comme du capital de santé ou de séduction. Toutefois, ces femmes associent très peu de symptômes à la ménopause. Elles sont peu préoccupées par leur santé et ne consultent que très peu le médecin de manière régulière. Le plus souvent, elles ignorent s'il existe des antécédents d'ostéoporose dans leur famille.

- Le profil positif

Les « positives » représentent 17% de la population cible (Delanoë 1998b). Agées de plus de 60 ans, elles vivent en couple, ont eu beaucoup d'enfants, ont un niveau d'études primaires et un statut économique moyen. Pour elles, la ménopause est assimilée à un épanouissement. Elles sont satisfaites aussi bien par l'arrêt des règles que de la fécondité et ne rapportent aucune variation du capital santé ni du capital séduction. Peu médicalisées, elles ne font pas de sport, ne se soucient pas de leur alimentation, ne se maquillent pas et n'utilisent pas de crèmes antirides.

Se servant des six profils, Delanoë (1998b) a procédé à leur regroupement en trois pôles à savoir le pôle négatif comprenant les profils négatif, maternel et ambivalent, dont 39% de l'échantillon, le pôle neutre composé des profils neutre et naturel, 44% de l'échantillon et le pôle positif, formé par 17% de l'échantillon.

Cette typologie apparaît intéressante à plus d'un titre. Non seulement, elle permet de comprendre que les perceptions et les vécus de la ménopause ne sont pas

identiques pour toutes les femmes, mais elle met aussi en évidence plusieurs variables susceptibles d'influencer les représentations et expériences ménopausiques. Elle apparaît, cependant, fortement déterministe en ce sens qu'elle tient peu compte du caractère souvent instable des représentations et de la possibilité pour les femmes présentant les mêmes caractéristiques sociodémographiques d'avoir des attitudes différentes à l'égard de l'arrêt des règles.

### **II.3 LES VARIABLES INFLUENÇANT LES REPRÉSENTATIONS ET LES VÉCUS DE LA MÉNOPAUSE**

Parmi les éléments pouvant influencer sur les représentations et le vécu de la ménopause, le niveau d'instruction, la classe sociale, l'environnement conjugal, familial et culturel ont retenu l'attention de plusieurs auteurs.

#### ***II.3.1. Le niveau d'instruction***

La ménopause est vécue différemment selon le niveau d'instruction des femmes. Selon Naamane Guessous (2000) et Greene (cité in Thoër-Fabre 2005), les femmes ayant un niveau d'éducation élevé ont une attitude positive vis-à-vis de la ménopause et se plaignent moins des troubles ménopausiques. Cette analyse n'est cependant pas confirmée dans l'étude de Delanoë (1998b), qui montre que la représentation négative de la ménopause se trouve prégnante chez les femmes ayant un niveau d'instruction élevé mais qui ne travaillent pas.

#### ***II.3.2. La classe sociale***

La classe sociale semble avoir une influence sur la perception et le vécu de la ménopause, mais les études apportent des réflexions opposées à cette question. Kellerhalls (1974) a observé que chez les femmes suisses, la symptomatologie de la ménopause la plus riche se manifeste chez les femmes des classes sociales moins élevées. Dans le même sens, Bajulaiye et Sarrel (1986) affirment qu'au Nigéria, les

symptômes sont plus fréquents chez les femmes des classes inférieures (43%) que chez les femmes des classes supérieures (23%). L'enquête de Delanoë (1998b) n'apporte cependant pas des résultats similaires. Dans son étude, les femmes qui attribuent une connotation péjorative à la ménopause, avec forte perte du capital santé, esthétique et symbolique appartiennent à la classe sociale élevée. Il s'agit principalement des bourgeoises au foyer.

Par ailleurs, les femmes actives, celles qui ont un emploi, semblent avoir une expérience plus positive de la ménopause que celles qui sont essentiellement « femmes au foyer ». Cela s'expliquerait par l'investissement dans la sphère professionnelle susceptible de faciliter le vécu du départ des enfants et de protéger contre les stéréotypes négatifs liés à la ménopause (De Beauvoir 1949 ; Delanoë 1998b ; Thoër-Fabre 2005 ; Mbarga 2005).

### ***II.3.3. L'environnement conjugal***

Sur ce plan aussi, les études se révèlent contradictoires. Griffin (cité in Thoër-Fabre 2005) affirme que les femmes qui ne sont pas engagées dans une relation de couple vivent plus difficilement leur ménopause. Tandis que Giesen (cité in Thoër-Fabre 2005) rapporte au contraire que les femmes seules sont plus susceptibles que les femmes mariées de se trouver séduisantes en vieillissant. En couple, les relations harmonieuses ou non avec le partenaire semblent tout de même avoir une influence sur la façon dont les femmes accueillent et vivent leur ménopause (Mbarga 2005).

### ***II.3.4. L'environnement familial***

La transformation de la structure familiale au moment où les femmes atteignent la ménopause aurait un impact sur la façon dont elles accueillent cette étape de la vie. La présence des enfants au foyer au moment où elles arrivent à la ménopause atténuerait les symptômes ménopausiques (Kellerhalls 1974 ; Elia 1991 ; Greer

1996 ; Mbarga 2005). En revanche, le départ des enfants constitue un événement marquant pour plusieurs femmes qui se retrouvent face au « nid vide » et sont plus enclines à ressentir les troubles ménopausiques (Attias-Donfut et Segalen 1998).

### ***II.3.5. Le contexte culturel***

La relation entre la symptomatologie de la ménopause et un amoindrissement du statut des femmes dans la société a été établie par plusieurs auteurs. De nombreuses études montrent que les malaises ressentis par les femmes à la ménopause varient d'une culture à une autre et que les plaintes relatives à la ménopause sont majorées chez les femmes appartenant à une culture centrée sur la jeunesse, comme dans les sociétés occidentales (Maoz 1973 ; Flint 1975 ; Seaman et Seaman 1977). Willbush (1980) affirme que le degré de perception des symptômes de la ménopause par les femmes de toutes sociétés dépend, au moins en partie, de leur perception des conséquences de la ménopause sur leur statut dans la société. Ainsi, dans les sociétés où les femmes sont exclues des fonctions importantes pendant les règles, la ménopause peut être bien acceptée et être moins associée à des symptômes. En revanche, dans les sociétés privilégiant la jeunesse, la ménopause, considérée comme une étape vers le vieillissement, peut signifier pour les femmes un amoindrissement de leur rôle et en intensifier les manifestations.

L'absence de symptômes est alors considérée comme la conséquence des changements positifs intervenant dans la vie des femmes à la ménopause comme l'a montré Flint (1975) : avant la ménopause, la vie des femmes rajput se déroule soit dans le Purdah (voilées et recluses), soit en l'absence de compagnie masculine, après la ménopause, les femmes sortent du purdah et obtiennent alors le droit de parler, et dans certains endroits de boire avec les hommes.

Ces résultats ne sont cependant pas confirmés dans toutes les recherches. Beyene (1986a, 1986b), réalisant une étude comparative entre les femmes maya du

Yucatan au Mexique et celles de l'île d'Eva en Grèce apporte une réflexion différente. En effet, dans les deux sociétés, les femmes semblent partager un certain nombre de valeurs culturelles semblables, comme le respect des croyances et des pratiques concernant les règles et la fécondité. Dans les deux sociétés, l'âge avancé est associé à l'augmentation du pouvoir et du respect, particulièrement pour les femmes mariées dont le statut augmente quand leurs fils se marient et ont leur propre famille. Les femmes maya perçoivent la ménopause comme une étape de vie affranchie des tabous et des restrictions, où les femmes ont plus de liberté de mouvement. La fin de la période de fertilité n'est pas vécue de manière négative, car elles ont déjà eu beaucoup d'enfants. Les femmes de l'île d'Eva font une description semblable. Après la cessation des menstrues, elles sont libérées des tabous et autres restrictions relatives à la menstruation et peuvent participer à plusieurs activités religieuses. Les Grecques comme les Maya rapportent une vie sexuelle meilleure, le risque de grossesse étant complètement éliminé. En vertu de la théorie selon laquelle les symptômes sont plus fréquents dans les sociétés où le statut des femmes se dégrade après la ménopause, l'on pourrait présumer que ceux-ci ne sont pas rapportés par les femmes de ces deux sociétés ou que les femmes grecques et maya ont des vécus ménopausiques similaires. Ce n'est pourtant pas le cas. En effet, Beyene (1986b) relève que les Maya n'associent aucun symptôme physique ou émotionnel à la ménopause et ne rapportent aucune bouffée de chaleur. En revanche, les Grecques, bien qu'elles accueillent la ménopause comme une libération, expriment aussi des affects négatifs. Elles rapportent de nombreux troubles dont les bouffées de chaleur (72,7%), les sueurs froides (30,3%), les maux de tête et les vertiges (42,4%), les insomnies (30,3%). Un tiers de ces femmes (30%) affirment même qu'elles sont plus souvent malades qu'elles ne l'étaient lorsqu'elles avaient encore les menstruations. Il en est de même au Maroc et chez les Beti du Cameroun, où les femmes, en milieu rural, se plaignent aussi de symptômes ménopausiques malgré le fait qu'elles accèdent à un statut privilégié (Naamane Guessous 2000 ; Mbarga 2001, 2005). Beyene affirme ainsi que les facteurs culturels comme le gain de statut, l'arrêt des tabous sont

inadéquats pour expliquer, à eux seuls, la variation des expériences ménopausiques. Et, après avoir étudié l'environnement, la diététique, les patterns de fertilité, les facteurs génétiques et observé des différences entre les deux sociétés étudiées, il en conclut que ces facteurs, qui peuvent affecter la production et l'équilibre des hormones dans le corps des femmes, doivent également être pris en compte. La ménopause devrait dès lors, suggère Beyene, être interprétée comme un événement bio-culturel, comme l'affirme également Margaret Lock.

Pour aborder les troubles liés à la ménopause, Lock met en relief une recherche comparative qui a été menée au milieu des années 1980, auprès de 1300 femmes au Canada, près de 8000 aux Etats-Unis, et plus de 1300 au Japon, toutes âgées entre 45 et 55 ans inclusivement (Lock 1993, 2006). Les résultats de cette recherche ont relevé que pour la plupart des femmes japonaises, la ménopause revêt peu d'importance et que la plupart apprécie de ne plus subir les inconvénients des règles. Mais pour la moitié d'entre elles, ce soulagement s'accompagne de préoccupations relatives au vieillissement et à la peur de ne plus pouvoir séduire. Les femmes qui vivent le *kônenki* (terme traduit par ménopause) font état de relativement peu de symptômes « classiques de la ménopause », comme les bouffées de chaleur. Elles présentent plutôt d'autres symptômes peu habituels en l'occurrence, l'ankylose de l'épaule, la fatigue, la baisse de la vue, la perte de l'énergie. Cependant, 12.5% de ces femmes ont parlé de bouffées de chaleur en des termes très clairs contre 39% de Canadiennes (Lock 1993, 2006). Lock pense donc que la différence entre le Japon et l'Amérique du Nord est quantitative et non qualitative - comme l'évoquent souvent plusieurs auteurs - et qu'elle est statistiquement significative. Pour expliquer la présence minimale, au Japon, des symptômes fréquents en Occident, Lock évoque la consommation du soja et partage l'avis des médecins qui avancent l'hypothèse selon laquelle « une différence biologique suffisamment marquée - découlant peut-être de l'environnement, de l'alimentation ou des facteurs génétiques - entraînerait une différence significative dans l'expérience subjective liée à la période de fin de

menstruations entre de nombreuses femmes japonaises (mais pas toutes) et les femmes Nord-Américaines » (Lock 2006 : 451). S'inspirant de ces données, l'auteur pense qu'il n'est pas approprié de conceptualiser la ménopause comme un phénomène biologique immuable modifié uniquement par la culture, car « pour chaque femme la coproduction de la biologie et de la culture contribue tant à l'expérience intrinsèque qu'à la représentation de celle-ci ». (Lock 2006 : 451). À la suite de ces constats, Margaret Lock a élaboré le concept de *biologies locales*, qui lui permet de comprendre l'expérience incarnée des Japonaises. Ainsi, loin d'être l'unique facteur pouvant influencer l'expérience de la ménopause, la culture n'en est qu'un parmi tant d'autres.

### **III. LES PRATIQUES DE GESTION DE LA MÉNopause**

À la ménopause, l'une des pratiques les plus répandues chez les femmes occidentales est de s'orienter vers le système de soin qui conduit généralement à la prescription de traitements pouvant juguler les troubles ressentis. Dès lors, les études qui décrivent les pratiques de gestion de la ménopause s'attardent particulièrement sur le recours au traitement hormonal et, dans une moindre mesure, sur l'usage des médecines alternatives.

#### **III.1. LE TRAITEMENT HORMONAL**

L'hormonothérapie de substitution apparaît comme la technique thérapeutique la plus utilisée par les femmes pour lutter contre les désagréments de la ménopause, particulièrement dans les pays occidentaux. Il existe toutefois des variations dans le recours à ce traitement par les femmes de différents pays. Ainsi, entre 2002 et 2003, la proportion des femmes hormono-substituées est estimée à 18% en Italie, 50% en Norvège, 35 % en Allemagne, 38% aux Etats-Unis et 60% au Royaume-Uni (Rymer et al 2003 ; Thoër-Fabre 2005). En France, cette proportion se situerait entre 30 et 50% en 2004 chez les femmes âgées de 48 à 64 ans (l'Afssaps-Anaes

2004 ; Löwy et Gaudillière 2006). Si le nombre de Françaises faisant usage du THS a diminué de plus de 40% entre 2002 et 2004, à cause de la publication des études WHI (Women's Health Initiative) et MWS (Million Women Study), celui-ci figure néanmoins parmi les dix premières classes thérapeutiques les plus vendues en France en 2004 (Thoër-Fabre 2005). La proportion des Suissesses sous hormonothérapie de remplacement n'est pas connue avec précision. Je n'ai pas trouvé de statistiques nationales permettant de l'estimer. Les études de Gaillard (1994) et l'enquête du Bus Santé<sup>11</sup> de Genève de 1993 à 2002, fournissent, cependant, quelques indications. Réalisant en 1994 une étude dont l'objectif était de connaître l'avis des femmes sur la ménopause et d'optimiser la compliance à l'égard du THS, Gaillard relève que la majorité des femmes de son échantillon (59%) sont soit sous hormono-substitution au moment de l'enquête (46%), soit l'ont été au préalable (13%). L'étude a porté sur 989 domiciliées dans le Canton de Vaud et montre, contre toute attente, que les femmes ayant connu une ménopause naturelle sont plus nombreuses à prendre le THS que celles qui ont eu une ménopause induite, contrairement aux résultats révélés par le Bus Santé genevois. Cet observatoire épidémiologique a interrogé 2355 Genevoises ménopausées sur le THS entre 1993 et 2002. De 1993 à 2002, la proportion des Genevoises ayant eu recours à l'hormonothérapie substitutive pendant au moins six mois est passée de 35% à 67% chez les femmes ménopausées naturellement, et de 39% à 75% chez celles qui ont connu une ménopause induite. Dans le même intervalle, le nombre de femmes sous traitement au moment de l'enquête a aussi augmenté passant de 25% à 48% chez les ménopausées naturelles et de 32% à 50% chez les ménopausées artificielles. En somme, au moment de l'enquête en 2002, près d'une Genevoise sur deux était sous THS, quel que soit le type de ménopause, ce qui témoigne de la forte popularité qu'avait acquise ce traitement. Le début de la substitution hormonale est estimé à 51 ans et la durée moyenne de recours au traitement est

---

<sup>11</sup> Le Bus Santé est l'observatoire épidémiologique du Canton de Genève. Il compose un échantillon représentatif de la population générale âgée de 35 à 74 ans et l'invite à participer à une enquête permettant de connaître l'évolution des facteurs de risques de la population.

d'environ 7 à 9 ans chez les femmes ayant eu une ménopause naturelle (Costanza et Morabia 2004). Il est possible que les résultats des études épidémiologiques présentant les effets iatrogènes du THS, divulgués auprès d'un large public, aient eu un impact sur sa prévalence. Mais, n'ayant pas pu trouver de données plus récentes, je ne saurais affirmer dans quelle mesure ces statistiques ont été affectées.

Au Cameroun, des statistiques sur le recours à l'hormonothérapie ne sont pas disponibles.

### ***II.1.1. Les motifs de recours et de non recours au traitement hormonal substitutif***

Parmi les motifs qui incitent les femmes à recourir au traitement hormonal se trouve, en premier, ceux relatifs à la santé. L'hormonothérapie est considérée par les femmes comme étant efficace sur les problèmes de santé liés à la ménopause, notamment l'ostéoporose, les bouffées de chaleur, le maintien de l'équilibre psychique (Delanoë 1998a, 1998b, 2003, 2006 ; Thoër-Fabre 2005). Après avoir établi une hiérarchie des attentes, Delanoë affirme qu'après l'efficacité sur les problèmes de santé dont il est avant tout crédité, le traitement hormonal est aussi utilisé pour les effets d'ordre symbolique. Il permet de maintenir les règles, qui pour certaines femmes sont le signe de leur féminité (Delanoë 1998b, 2006). Le traitement hormonal est, enfin, utilisé pour ses bénéfices cosmétiques et esthétiques supposés. Il est crédité d'une hydratation permanente de la peau, prévenant ainsi l'apparition des rides, signes de vieillissement (Delanoë 1998b, 2006). Ainsi, les usages sociaux du traitement hormonal s'articulent autour de la dimension médicale, la plus immédiate, qui rend compte des conséquences sur la santé, de la dimension cosmétique, témoin des effets sur l'apparence et de la dimension symbolique, qui renvoie au statut social des femmes ménopausées (Delanoë 1998b).

Bien que sa pratique soit répandue, le recours au traitement hormonal est aussi rejeté et quelques fois interrompu pour plusieurs raisons.

Pour certaines femmes, la ménopause est quelque chose de naturel. Elles refusent, par conséquent, de la médicaliser en prenant la substitution hormonale. D'autres déclarent une ménopause asymptomatique et n'ont, par conséquent, pas besoin de traitement. Enfin, la peur des effets secondaires, notamment les risques de cancer, le retour des règles ou la prise de poids peuvent aussi encourager à ne pas recourir à l'hormonothérapie (Delanoë 1998b ; Thoër-Fabre 2005, Mbarga 2005).

Concernant l'interruption du THS, les raisons sont aussi multiples : la prise de poids, l'intolérance au médicament, l'apparition des contre-indications, la disparition des symptômes, la persistance des règles ou la gêne provoquée par les saignements, l'inefficacité du traitement et la peur du cancer (Delanoë, 1998b ; Thoër-Fabre 2005)

### ***III.1.2. Les variables influençant le recours au THS***

Parmi les variables pouvant influencer le recours au traitement hormonal, les études mettent en relief les représentations de la ménopause, les caractéristiques sociodémographiques, le suivi gynécologique ou la prévalence des symptômes.

- Les représentations de la ménopause

Il existe une corrélation significative entre l'attitude envers le THS et la représentation de la ménopause. Les femmes qui recourent au traitement hormonal sont en majorité celles qui ont des représentations négatives de la ménopause. A l'inverse, les femmes qui en ont une représentation positive de l'arrêt des règles sont très peu nombreuses à l'utiliser. (Delanoë 1998b).

- Les variables sociodémographiques

Plusieurs études montrent que l'usage du traitement hormonal est davantage fréquent chez les femmes de milieux favorisés, les citadines, avec un niveau d'études et des revenus élevés (Ringa et al. 1992 ; Delanoë 1998b ; Fauconnier et al. 2000 ; Naamane Guessous 2000). En revanche, les femmes ménopausées qui ne prennent pas de traitement hormonal ont généralement un niveau d'études primaires, un niveau économique modeste et vivent plus souvent en milieu rural (Delanoë 1998b ; Naamane Guessous 2000).

- Le suivi gynécologique

Les femmes qui utilisent le plus le THS sont celles qui consultent fréquemment un gynécologue (Gaillard 1994 ; Jacquemin-Le Vern 2004). D'après Delanoë (2006), consulter régulièrement un gynécologue augmente la probabilité de prendre un traitement d'un facteur proche de 7. Le médecin, le gynécologue en particulier, apparaît, en effet, comme l'un des principaux informateurs sur la ménopause et ses traitements (Attali 2003, Hassoun 2003a). Le recours au traitement hormonal, selon plusieurs auteurs relève d'une écoute, d'une information et d'un choix éclairé de la patiente pendant les consultations (Hassoun 2003a, Lachowsky 2003). D'autres auteurs soulignent, cependant, que lors des consultations de ménopause, les représentations des médecins au sujet de la ménopause restent largement dominantes et favorables à l'hormono-substitution qu'ils conseillent fortement aux femmes, notamment en présentant ses nombreux avantages (Massé et al 2001).

Avoir utilisé un moyen de contraception médical, avoir subi une intervention chirurgicale gynécologique, précisément une hystérectomie ou une ovariectomie, favoriseraient aussi le recours au THS (Delanoë 2006).

- La présence des symptômes

Le traitement hormonal est parfois utilisé pour son action curative et préventive. Ainsi, la prévention de l'ostéoporose et des maladies cardiovasculaires est, dans

l'étude de Delanoë, le premier motif évoqué par les femmes. Ensuite, viennent l'action sur les bouffées de chaleur, le maintien de l'équilibre psychique, le bien-être (Gaillard 1994 ; Delanoë 1998b).

- La corrélation avec les autres pratiques d'entretien du corps

La prise du traitement hormonal est liée, par ordre d'importance décroissante, à la pratique d'un sport, à l'utilisation d'une crème antirides, au maquillage et à la place accordée à la séduction (Delanoë 2006 ; Thoër-Fabre 2005).

### **III.2. LE RECOURS AUX MÉTHODES ALTERNATIVES**

Le recours à l'hormonothérapie pour remédier aux désagréments de la ménopause est fort bien répandu. Toutefois, les femmes envisagent aussi des moyens alternatifs pour gérer leurs symptômes. Il s'agit du recours aux méthodes dites naturelles, qui visent à atténuer les symptômes ménopausiques par une modification du style de vie - alimentation, exercice physique, naturopathie – (Nissim 1994 ; Lepine et Ruelens 2002). Les femmes qui présentent des contre-indications à l'hormonothérapie ou celles qui ne souhaitent pas être recourir à ce traitement optent en majorité pour les phyto-œstrogènes (Bercier cité in Thoër-Fabre 2005). Les motifs de recours ou de non recours à ce type de médecines de même que les bénéfices que les femmes attribuent à ces thérapeutiques restent peu documentés. Ces aspects seront donc aussi explorés dans ce travail.

## **Conclusion**

La ménopause apparaît, au terme de ce chapitre, comme une construction sociale (Berger et Luckmann 2006), c'est-à-dire que ses représentations sont le produit de processus socioculturels et historiques. Les recherches en sociologie et en anthropologie, qui ont été évoquées, se sont révélées intéressantes à plus d'un titre. D'une part, elles ont mis en évidence la différence de statut accordé aux femmes dont les fonctions reproductives sont révolues, dans diverses sociétés. D'autre part, les travaux portant particulièrement sur le vécu subjectif des femmes ménopausées, même s'ils restent peu nombreux, révèlent une variabilité de vécus, de représentations et d'attitudes vis-à-vis de l'arrêt des règles. Force est, cependant, de constater que lorsqu'ils abordent les facteurs pouvant influencer sur le vécu ménopausique, d'importantes divergences apparaissent entre les différents auteurs. En effet, plusieurs chercheurs retiennent exclusivement ou en priorité, dans leurs analyses, les aspects sociaux, culturels ou économiques (Maoz 1973 ; Kellerhals 1974 ; Flint 1975 ; Willbush 1980 ; Bajulaiye et Sarrel 1986 ; Delanoë 1998b, 2006 ; Thoër-Fabre 2005 ; Mbarga 2005). D'autres, en revanche, étendent leur argumentation aux aspects biologiques, génétiques, environnementaux, alimentaires ou à l'histoire reproductive des femmes (Beyene 1986a, 1986b ; Lock 1993, 2006). J'aimerais, dans ce travail, contribuer à cette réflexion anthropologique en m'intéressant à des femmes de contextes socioculturels et économiques différents. Il s'agira principalement de mettre en relief l'expérience ménopausique des Suissesses et des Camerounaises en tenant compte des conceptions culturelles et sociales et à l'environnement médical qui les entourent.

Aujourd'hui, et spécifiquement dans les sociétés occidentales, la référence à la médicalisation devient incontournable pour aborder les questions liées à la ménopause. Je choisis donc de parcourir, dans le chapitre suivant, le processus par lequel l'arrêt des règles est passé d'un événement naturel de la vie à une source de malaises ou à une « maladie » nécessitant une prise en charge médicale.

## **CHAPITRE II. LA MÉDICALISATION DE LA MÉNOPAUSE : DE LA PHYSIOLOGIE À LA PATHOLOGIE**

S'intéresser à la médicalisation de la ménopause c'est analyser comment cet événement physiologique a été progressivement construit par la profession médicale, suivant les époques, comme une maladie ou comme une source de pathologies diverses. À partir des informations recueillies dans la littérature<sup>12</sup>, le chapitre s'articule principalement autour des différentes dimensions du processus de médicalisation de l'arrêt des règles : l'invention de la nosologie, la pathologisation (de par la création des troubles qui lui sont attribués et de la production de leurs traitements), la normalisation et la socialisation. Mais, il met aussi en exergue les discours alternatifs qui s'inscrivent en faux face à cette médicalisation d'un événement naturel du cycle de vie féminin. Pour mieux comprendre ce processus, un éclaircissement et une contextualisation de la notion de médicalisation semble nécessaire au préalable.

### **I. LA NOTION DE MÉDICALISATION**

De nombreuses études socio-anthropologiques décrivent la médicalisation en mettant en lumière son côté sombre et les conséquences qu'elle entraîne : « assumption of medical moral neutrality, domination by experts, individualization of social problems, depoliticization of behavior, dislocation of responsibility, using powerful medical technologies and the « exclusion of evil » » (Conrad 1992 : 223). Les auteurs s'appuient sur différents exemples pour décrire les mécanismes du développement du contrôle social exercé par la profession médicale sur des formes et des situations de plus en plus diverses de l'existence humaine (Foucault 1975 ;

---

<sup>12</sup> Il ne s'agit pas d'une revue de littérature exhaustive. De nombreux ouvrages et articles médicaux ont cependant été consultés afin de mieux cerner et d'explicitier le phénomène abordé.

Freidson 1984 ; Zola 1990 ; Conrad 1992, 2007 ; Fassin 1998). En effet, la médecine, de par la légitimité dont elle bénéficie, apparaît comme un « entrepreneur moral » (Freidson 1984) qui définit des répressions, impose un ordre moral et exerce une surveillance sur les corps en établissant les limites du « sain » et du « malsain » (Vigarello 1993). Une décontextualisation des problèmes, qui les ramène à une dimension biologique, réduit alors les frontières entre le normal et le pathologique et permet à la profession médicale d'étendre les étiquettes de maladie là où celle-ci n'existait pas auparavant.

La médicalisation désigne, en effet, selon plusieurs auteurs, ce processus par lequel des problèmes humains se transforment et commencent à relever des compétences de la médecine. Ils diffèrent cependant quant à leur vision de ce processus. Pour Fassin, « la médicalisation est une construction sociale. Elle consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes » (1998 : 5). Pour Conrad (1992) et Carricaburu et Menoret (2005), la notion de médicalisation renvoie d'abord à un mécanisme définitionnel dans la mesure où elle décrit le processus selon lequel des problèmes considérés de prime abord comme non médicaux vont être définis et traités comme médicaux, le plus souvent en termes de désordres ou de maladie. Elle inclut trois facteurs : l'utilisation d'un cadre médical et des termes médicaux pour décrire et expliquer les problèmes ; le recours aux structures médicales pour les comprendre ; et la mise en place d'une intervention médicale pour les éradiquer, comme on peut le voir avec la ménopause.

La médicalisation touche autant les comportements déviants que les « processus naturels de la vie ». Du côté de la déviance, elle opère à travers sa transformation en maladie, la normalité s'apparentant à la santé (Aïach 1998). La sécularisation a contribué à la transformation des comportements autrefois qualifiés d'immoraux, coupables ou criminels - alcoolisme, consommation de drogue, désordres alimentaires, abus sexuels... - en maladies, opérant ainsi le passage de l'état du

« mal » à celui de la maladie (Freidson 1984 ; Conrad 1992, 2007 ; Massé 1995 ; Carricaburu et Ménoret 2005).

Quant aux « processus naturels de la vie », les menstruations, l'accouchement, la ménopause, la vieillesse voire la mort sont de plus en plus perçus comme des phénomènes relevant de la compétence de la médecine (Conrad 1992, 2007 ; Massé 1995 ; Delanoë 1998a). Plusieurs études féministes et socio-anthropologiques (Riessman 1992 ; Richters 2002 ; Riska 2003) relèvent que les expériences de vie féminines, notamment celles qui viennent d'être citées, sont davantage susceptibles d'être médicalisées que celles des hommes. Dans cette logique, Pizzini et Lombardi (2004), qui situent la médicalisation du corps féminin dès le XIII<sup>ème</sup> siècle quand apparaît le médecin, au côté de la sage-femme sur la scène de l'accouchement, montrent comment, sous des formes différentes et avec les modalités variant d'un pays à l'autre, ce processus de médicalisation des étapes de vie féminines se poursuit de nos jours. En effet, la médecine, grâce à la technologie, parvient à exercer son contrôle non seulement sur les règles, la grossesse et la ménopause, mais aussi sur le processus de reproduction lui-même, par la procréation médicalement assistée. En franchissant les limites du visible, elle a rendu le corps de la femme public et a occasionné des changements culturels profonds qui permettent d'attribuer de nouvelles significations, valeurs ou symboles à des réalités corporelles, tel le fœtus, qui étaient appréhendés différemment auparavant (Duden 1994). En France, Vinel (2008) montre que c'est dès 1970 que la médicalisation du corps féminin s'est accrue notamment avec la généralisation de la contraception clinique et la promotion d'un suivi régulier et annuel des risques féminins (grossesse, cancer du sein et de l'utérus, ostéoporose...).

Sans rejeter ces arguments, d'autres auteurs relèvent que depuis la dernière décennie, la médicalisation ne touche plus que le corps féminin, mais s'applique au corps en général, y compris celui des enfants et des hommes. En l'occurrence, un certain nombre de problèmes masculins, tels que l'alopécie, les dysfonctions

érectiles ou l'andropause, portent désormais une étiquette médicale et sont tout aussi traités comme des problèmes médicaux (Muheim 2006 ; Vinel 2007 ; Conrad (2007). Pour ce qui est de l'andropause, certes, elle ne concerne qu'une partie des hommes, arrive progressivement et tardivement, mais sa gestion implique, autant que pour la ménopause, l'intervention du médecin qui apparaît comme une figure centrale (Vinel 2007). Comme la ménopause, l'andropause se caractérise par une baisse de concentration d'hormones (testostérone). Elle est donc aussi décrite tel un état morbide s'accompagnant d'un ensemble de modifications physiologiques et psychologiques (baisse de la libido, fatigue, baisse de la masse et de la force musculaire, augmentation de la masse graisseuse). Vinel en conclut alors que ces deux événements introduisent une forme de nivellement des deux sexes et de neutralisation des genres dans le vieillissement : femmes et hommes sont enfin égaux face à la puissance des hormones qui modifient leur existence.

La médicalisation peut découler d'une volonté du corps médical d'étendre son emprise, de résoudre tous les problèmes humains et traduire l'hégémonie de la profession médicale. Cependant, elle ne se traduit pas nécessairement l'appropriation de la part des médecins d'un problème qui, auparavant ne relevait pas de leurs compétences, même si c'est habituellement le cas (Fassin 1998). Elle provient d'un changement culturel plus global et n'est pas simplement le résultat de la « colonisation » (Conrad 2007) de la profession médicale. Celle-ci peut, en effet, être impliquée ou non dans la médicalisation des problèmes sociaux (Conrad 1992 ; Fassin 1998 ; Carricaburu et Ménoret 2005). Par conséquent, si la démographie médicale ou le pouvoir médical jouent un rôle important dans la genèse du processus de médicalisation comme ce fut le cas de la médicalisation de l'hyperactivité, de la naissance ou de la ménopause, ils ne suffisent pas à l'expliquer (Aiach 1998 ; Conrad 2007). La médicalisation provient aussi de la société qui permet de faire porter à la santé le poids des solutions qui devraient plutôt être du ressort du social. Le chômage, l'exclusion ou la marginalité sont devenus autant de

causes de recours à une prise en charge médicale. (FLJM 2001). Par ailleurs, de nombreux acteurs sociaux, extérieurs à la médecine, peuvent jouer des rôles significatifs dans la médicalisation des problèmes. Des non-médecins, individus (patients et/ou proches), groupes sociaux ou groupes d'intérêt peuvent, en effet, faire pression sur les médecins afin qu'ils prennent en compte leurs doléances (par exemple l'alcoolisme avec les Alcooliques Anonymes, le syndrome prémenstruel avec les Mouvements de Femmes...). Dans ce cas, l'émergence de la médicalisation se trouve liée à l'augmentation d'une demande profane de catégorisation et de prise en charge médicale (Gélis 1988 ; Faure 1998 ; Drulhe et Clément 1998 ; Carricaburu et Ménoret 2005 ; Conrad 1992, 2007). Ainsi, loin de résulter uniquement de « l'impérialisme médical » (Illich 1975), la médicalisation semble alors découler d'une interaction, d'une action collective (Conrad 1992) qui s'insinue dans le tissu social et culturel suivant des voies variables.

Aïach (1998) distingue quatre voies à travers lesquelles s'introduit la médicalisation. Il s'agit d'abord de l'extension du domaine médical, avec un accroissement des institutions de santé, et des personnels médicaux et paramédicaux.

Puis, on note l'expansion du champ de compétence de la médecine et de tout ce qui s'y rattache. Les nombreuses découvertes thérapeutiques et pharmaceutiques qui se succèdent, de même que l'efficacité des stratégies cliniques constituent autant de progrès indéniables dans la connaissance du corps et dans la maîtrise pathologique (Rossi 2005). La science et la médecine jouissent alors d'une confiance considérable dans les sociétés occidentales contemporaines. En l'occurrence, l'expertise de la médecine est de plus en plus sollicitée pour la résolution des problèmes dans plusieurs domaines (échec scolaire, difficultés dans les relations conjugales, justice, prise en charge des personnes âgées...). Dès lors, « la médecine et les médecins se présentent comme dépositaires des savoirs de santé ; par là, ils légitiment leur pouvoir pour s'opposer à cet autre pouvoir que sont la souffrance, la maladie et la mort » (Rossi 2005 : 22).

Une autre voie est celle de l'élargissement de la notion de santé : c'est la médicalisation de la vie et l'émergence d'une société globalement thérapeutique : « dès la conception, tout au long de la trajectoire biographique et ce, jusqu'à la mort, l'être humain est confronté au monde médical et des soins. Souhaitée et voulue, imposée ou encore rejetée, cette interaction complexe et paradoxale constitue le socle social et culturel d'une nouvelle émergence, celle de la médicalisation de la vie et d'une préoccupation grandissante manifestée envers la santé ». (Rossi 2005 : 19) La santé est devenue la principale préoccupation des populations et se traduit par des conduites visant un seul objectif : promouvoir la santé en se protégeant des maladies et de tout facteur de risque (Aïach 1998).

La dernière voie par laquelle passe la médicalisation est la « pathologisation grandissante » (Aïach 1998 : 32) qui implique une forte disposition à définir des pathologies et des symptômes qui jusque-là n'étaient pas interprétés en termes de maladie. La tolérance du public aux symptômes anodins a diminué, stimulant ainsi la médicalisation progressive des états inconfortables qui n'étaient pas qualifiés d'états morbides (Aïach 1998 ; Barsky et Boros 1995). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette mutation du seuil de perception, à savoir l'acuité des préoccupations concernant la santé, les contacts plus fréquents avec les médecins et l'influence de la presse spécialisée dans le domaine du bien-être et de la santé (Aïach 1998).

La médicalisation est un processus qui se réalise à plusieurs niveaux : conceptuel, institutionnel et interactionnel (Conrad 1992). Le niveau conceptuel fait référence aux discours et à l'adoption d'un vocabulaire médical pour définir et procéder à la classification des problèmes. Le niveau institutionnel renvoie au rôle accru du médical dans les organismes ou institutions, dans la gestion des problèmes particuliers qui les concernent. Enfin, le niveau interactionnel renvoie au rapport médecins-patients, lorsque les médecins traitent les problèmes soumis par les patients uniquement sous l'angle médical (Conrad 1992). Dès lors, plutôt que de parler de la médicalisation comme d'un état ou d'une situation, Conrad suggère

d'en parler comme d'un processus qui se réalise par degrés. Elle peut alors être complète ou partielle. Certains phénomènes, tels que la mort ou la naissance semblent être entièrement médicalisés (Conrad 1992), d'autres, comme la consommation de drogue ou la ménopause, ne le sont que partiellement (Conrad 1992 ; Delanoë 1998a).

Si le côté sombre de la médicalisation est davantage mis en avant dans ces différentes études, il n'en demeure pas moins qu'elle a des effets positifs, car elle peut aussi être considérée comme une avancée contribuant à soulager la souffrance des individus (Conrad 2007). Dans le cadre de la ménopause, on verra que les traitements permettant de résorber les troubles de la ménopause sont perçus comme des objets de soulagement autant par les femmes que par les professionnels de la santé.

Ainsi définie, la médicalisation apparaît comme un phénomène d'une grande complexité. La médicalisation de l'arrêt des règles et de la fertilité devient alors un épiphénomène dans un processus de médicalisation bien plus profond. Elle s'impose d'abord avec l'établissement d'une nouvelle nosologie (création et définition de la ménopause), et ensuite à travers la pathologisation, la normalisation et la socialisation.

## II. DÉFINITION DE LA MÉNOPAUSE

La définition que je donne de la ménopause, ici, est principalement médicale. Cela s'explique par la prééminence qu'a acquise la biomédecine dans la prise en charge actuelle de ce phénomène. Certes, elle est critiquée : de nombreux acteurs ne partagent pas le point de vue médical et des discours alternatifs émergent. Mais ceux-ci ont de la peine, soit à se distancier réellement du modèle biomédical (comme c'est le cas des thérapeutes des médecines alternatives), soit à faire consensus. Vinel (2005) suggère, par exemple, d'utiliser l'expression de *ménopause sociale* pour désigner l'interruption socialement définie d'engendrer qu'elle a

observée chez les Moose du Burkina Faso. Dans cette société, l'arrêt de la procréation ne résulte pas toujours de l'incapacité biologique, mais d'un ensemble de normes sociales<sup>13</sup>. Ainsi, si les femmes peuvent continuer à enfanter lorsque leurs filles sont mères, il n'en est pas de même lorsque les fils sont mariés ou simplement adultes. Mais, si l'expression de *ménopause sociale* est adéquate, pour parler, dans certaines circonstances, de l'arrêt de la procréation, elle ne semble pas s'étendre à l'arrêt des règles. En l'absence de définitions concurrentes, je prends ancrage dans la définition biomédicale de la ménopause et relèverai, dans la suite, du travail comment les professionnels de la santé et les femmes interviewés la mobilisent dans la construction de leurs représentations ménopausiques.

L'utilisation du terme ménopause est récente dans la langue française. À sa place, la culture européenne savante utilisait depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle les expressions de retour d'âge ou de cessation des menstrues ou d'arrêt des règles (Peumery 1990a ; Delanoë 1998a). Une autre appellation, plus ancienne que les précédentes est l'« âge critique » (De Gardanne 1821 : vii). Cette dénomination qui renvoie aux dangers et périls (Diasio 2007) que l'on attribue à la perte de la fonction menstruelle est encore utilisée de nos jours (Peumery 1990a).

Le concept de ménopause a été créé en 1821 par Charles Prosper Louis de Gardanne. En 1816, dans la préface de son ouvrage *Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique*, De Gardanne propose d'utiliser le terme « ménospausie » pour qualifier l'arrêt des règles. Puis, en 1821, dans la deuxième édition de cet ouvrage, intitulé *De la ménopause ou de l'âge critique des femmes*, il remplace ce terme par celui de ménopause. (Peumery 1990b ; Delanoë 2006). Ce néologisme est construit à partir de deux mots grecs : *Menes* qui signifie mois ou menstrues et *pausis* cesser. Il se rapporte donc à l'arrêt ou la cessation des menstrues. Mais, depuis sa création,

---

<sup>13</sup> Dans certaines sociétés patrilinéaires, la ménopause peut être perçue comme un moyen d'éviter le brouillage des générations. Mais, je n'ai pas abordé cette question lors de mon travail de terrain. Par manque de matériel ethnographique, je choisis, dans le cadre de cette étude, de ne pas m'appesantir sur les rapports entre l'expérience de la ménopause de mes interlocutrices et le système de parenté de leur contexte socioculturel.

jusqu'à nos jours, l'expression de ménopause désigne bien plus que l'arrêt des règles : non seulement, elle renvoie à une série de manifestations physiologiques, mais aussi elle fait désormais référence à un champ sémantique où s'enchevêtrent les notions biologiques et les idées du sens commun sur la féminité et la jeunesse, voire sur la sexualité (Delanoë 2006).

Phénomène aux multiples contours, la ménopause est présentée en trois phases dans le référentiel médical, à savoir la pré-ménopause, la ménopause et la post-ménopause (Rozenbaum 1990b, 1991 ; Peumery 1990a ; OMS 1996).

### II.1. LA PRÉ-MÉNOPAUSE

L'arrêt de la menstruation ne survient généralement pas brusquement. La période qui précède cet arrêt est la pré-ménopause, avec son cortège de modifications endocrinologiques et biologiques. (Tamborini 1987 ; OMS 1996). À la pré-ménopause, se produit le vieillissement ovarien et un déséquilibre dans la production des hormones ovariennes, entraînant des irrégularités menstruelles. Les règles surviennent précocement ou avec retard, peuvent être écourtées ou durer plus longtemps, être abondantes ou plus légères, ou tout simplement disparaître pendant plusieurs mois et réapparaître du jour au lendemain (Tamborini 1987 ; Rozenbaum 1990b). Ces phénomènes annonciateurs de la ménopause peuvent durer de quelques mois à quelques années avant l'arrêt définitif des règles (Rozenbaum 1990b).

Une nouvelle terminologie a récemment été adoptée, celle de **péri- ménopause**, distincte du concept de pré-ménopause. La péri- ménopause englobe les temps d'irrégularités menstruelles précédant la cessation définitive de la menstruation et l'année qui suit l'arrêt du cycle menstruel (Peumery 1990a ; OMS 1996). En d'autres termes, la péri-ménopause englobe la pré-ménopause et la ménopause.

## II.2. LA MÉNopause

On distingue généralement la ménopause naturelle de la ménopause induite. « Le terme ménopause naturelle désigne la disparition définitive du cycle menstruel qui constitue l'aboutissement de l'atrésie folliculaire<sup>14</sup> » (OMS 1996 : 14). Le diagnostic de la ménopause naturelle est établi sur une aménorrhée persistante de douze mois, en l'absence d'autres causes physiologiques ou pathologiques manifestes. Elle commence avec le dernier cycle menstruel. L'âge moyen d'arrivée à la ménopause est actuellement évalué à 50 ans environ (Tamborini 1987 ; Penumery 1990a ; OMS 1996). Les travaux de l'OMS (1990, 1996) montrent des disparités entre les femmes des pays développés et celles des pays en voie de développement, les premières étant ménopausées plus tardivement que les secondes. Cette différence n'a pas été retrouvée dans d'autres études, ce qui ne permet pas d'élucider les raisons imputables à ce décalage.

La ménopause induite quant à elle, « désigne un arrêt de la menstruation obtenue soit par ovariectomie bilatérale (avec ou sans hystérectomie), soit par castration chimique (chimiothérapie) ou radique (curiethérapie, radiothérapie externe) » (OMS 1996 : 17).

L'ovariectomie bilatérale (ablation chirurgicale des deux ovaires) et l'hystérectomie totale (ablation chirurgicale de l'utérus et des deux ovaires) entraînent un arrêt brutal de l'imprégnation hormonale de l'organisme. Par conséquent, la ménopause est immédiate (Rozenbaum 1991, OMS 1996). En revanche, chez les femmes qui ont subi une hystérectomie avec conservation des ovaires, le témoin des règles disparaît, mais l'activité ovarienne n'est pas altérée. Cette opération n'a donc pas d'incidence sur la date d'arrivée de la ménopause génétiquement programmée, qui se produit lors de l'extinction du capital folliculaire. Sans le repère des règles, une

---

<sup>14</sup> L'atrophie folliculaire fait référence à un processus de dégénérescence, entraînant l'élimination des follicules ovariens.

femme ayant subi une hystérectomie partielle ne peut savoir si elle est ménopausée que lors de l'apparition des troubles comme les bouffées de chaleur, ou si le médecin relève une chute des hormones ovariennes au cours de l'examen clinique des dosages hormonaux (Rozenbaum 1991).

La fonction endocrinienne des ovaires peut aussi être détruite par certains traitements médicaux. Les irradiations par rayons X et la chimiothérapie exercent une action toxique sur les cellules ovariennes et peuvent, dans certains cas, détruire totalement le capital folliculaire (Rozenbaum 1991 ; OMS 1996). La ménopause survient alors aussitôt.

### II.3. LA POST-MÉNOPAUSE

La post-ménopause est la période qui succède à la perte de la fonction menstruelle. Toutes les femmes en phase de ménopause confirmée sont donc en post-ménopause (Tamborini 1987 ; Rozenbaum 1991 ; OMS 1996). La ménopause survenant autour de cinquante ans, les femmes passent parfois une bonne partie de leur vie en post-ménopause, surtout en Occident.

L'utilisation préférentielle du terme ménopause pour désigner l'arrêt des règles semble correspondre à une nouvelle façon de considérer cette étape de la vie, introduisant ainsi le long processus de médicalisation dans lequel la ménopause est engagée. Car, si les auteurs, dans la littérature médicale, reconnaissent le caractère physiologique et donc naturel de la ménopause, ils l'assimilent tout aussi à une pathologie :

La ménopause est une étape physiologique dans le sens où elle atteint, sans exception, toute femme d'un certain âge et résulte du vieillissement inéluctable de l'ovaire. Elle est un état pathologique dans la mesure où elle se complique d'un certain nombre de troubles liés directement à la carence œstrogénique, et que ces troubles peuvent être prévenus ou guéris par une hormonothérapie (Peumery 1990a : 14).

La ménopause est donc, aujourd'hui, une transition de la vie qui relève de la compétence de la médecine (Massé 1995 ; Delanoë 1998a, 2006 ; Carricaburu et Ménoret 2005 ; Conrad 2007). Sa médicalisation passe non seulement par la transformation de sa définition, mais aussi par la forte propension à l'assimiler à une pathologie de par l'énonciation de nombreux troubles dont elle serait la cause.

### **III. LA MÉDICALISATION DE LA MÉNopause COMME PATHOLOGISATION**

Les nombreux troubles attribués à la ménopause ainsi que leurs traitements sont l'objet de nombreuses recherches qui datent de la médecine préscientifique et se poursuivent de nos jours.

#### **III.1. L'ARRÊT DES RÈGLES DANS LA MÉDECINE PRÉSCIENTIFIQUE : LE MODÈLE HUMORAL**

Les représentations de la ménopause dans la médecine préscientifique s'inscrivent dans la théorie de Galien (130-200 après J.-C), prédominante jusqu'au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle (Delanoë 2006 ; Thoër-Fabre 2005). Cette théorie s'inspire de celle d'Hippocrate sur les quatre humeurs composant le corps humain, en l'occurrence le sang, la bile, l'eau et le phlegme, dont la bonne circulation conditionne l'équilibre et la santé du corps.

Pour l'équilibre et la santé des femmes, le modèle humoral attribue un pouvoir bénéfique à l'écoulement menstruel. Celui-ci était jusque-là considéré comme toxique et nocif, comme on peut le constater dans cet extrait de Plinie l'Ancien :

L'approche d'une femme en cet état fait tourner les moûts ; à son contact, les céréales deviennent stériles, les greffons meurent, les plantes des jardins sont brûlées, les fruits des arbres sur lesquels elle s'est assise tombent ; l'éclat des miroirs se ternit rien que par son regard, la pointe de fer s'émousse, le brillant de l'ivoire s'efface, les ruches des abeilles meurent (...) enfin, la rage s'empare des chiens qui goûtent ce liquide et leur morsure inocule un poison sans remède. (1977 : 61)

La menstruation serait ainsi un moyen de régulation périodique du sang toxique et des déchets de l'organisme. À la ménopause, le sang menstruel censé éliminer les impuretés reste à l'intérieur du corps, avec ses poisons. Ce qui rend les femmes ménopausées dangereuses et venimeuses pour autrui comme le témoigne cet extrait du *Secrets des femmes* d'Albert le Grand :

Les vieilles femmes (...) si elles regardent des enfants couchés dans un berceau, elles leur communiquent du venin par leur regard. La cause de cela (...) vient de ce que le flux et les humeurs étant répandus par tout leur corps, offensent les yeux, et les yeux étant ainsi offensés infectent l'air, et l'air infecte l'enfant (...) C'est parce que la rétention des menstrues engendre beaucoup de méchantes humeurs et qu'étant âgées, elles n'ont presque plus de chaleur naturelle pour consumer et digérer cette matière, et surtout les pauvres qui ne vivent que de viandes grossières qui y contribuent beaucoup ; celles-là sont plus venimeuses que les autres (cité in Delanoë, 2006 : 24).

Menaçante et impure pendant les règles, les femmes ne semblent pas moins dangereuses en l'absence de cet écoulement. Le recours aux saignées, à l'application des sangsues sur la vulve ou sur le pied, aux purges ou aux bains chauds (provoquant de la transpiration) était alors promu pour éliminer ces « humeurs morbifiques » retenues par le corps de la femme à l'arrêt des règles (Delanoë 2006). La théorie du modèle humoral servira de socle à l'accusation de sorcellerie vis-à-vis des femmes ménopausées dans les siècles suivants (Delanoë 2006 ; Thoër-Fabre 2005).

Dès le XVIIIème siècle, le caractère dangereux des femmes ménopausées pour autrui s'atténua pour laisser place au danger de la rétention des « humeurs âcres et corrosives » (Delanoë 2006 : 25) pour la femme elle-même. Et même si, dès le début du XIXème siècle, le sang menstruel est débarrassé de son caractère impur et néfaste (Epelboin 1998), l'époque de la cessation des menstrues reste associée à celle où les dangers qui menacent les femmes sont nombreux. Dans cette logique, De Gardanne (1821) affirme qu'une fois l'écoulement menstruel supprimé, le sang emprisonné congestionne tous les organes et il s'ensuit un état de pléthore, à l'origine de plusieurs maladies. Aussi, après avoir décrit les changements anatomiques et physiologiques que les femmes éprouvent à la ménopause, tant sur

le plan physique que moral, il procède à une description minutieuse de ces maladies qui se déclarent ordinairement à l'âge critique. Il énumère ainsi cinquante-sept affections auxquelles les femmes sont exposées à la ménopause (fièvres inflammatoires, fièvres bilieuses, gonflements inflammatoires des articulations, cancer de l'utérus, cancer des mamelles, céphalalgies ou douleurs de tête, otalgies ou douleurs d'oreilles, hépatite... pour ne citer que celles-là). Le risque de contracter ces maladies est cependant réparti de manière inégale selon que les femmes sont rurales ou citadines, mariées ou célibataires, selon qu'elles ont eu non des enfants. En effet, pour lui, les femmes les plus susceptibles de connaître une transition chargée de périls sont celles des villes, celles qui se sont livrées aux plaisirs de manière immodérée, celles qui n'ont pas eu d'enfants ou qui sont célibataires. Pour chaque affection citée, De Gardanne propose aussi un traitement adapté pour y remédier. Mais, il conseille surtout aux femmes d'adopter des mesures d'hygiène particulières et de s'orienter vers le médecin : « c'est au médecin à dicter les lois, et à exhorter les femmes dont la santé se trouve naturellement affectée, à ne point s'en écarter » (De Gardanne 1821 : 83).

Ces anciennes représentations ont largement influé sur la perception médicale actuelle de la ménopause. Elles ont été renforcées par le discours de promotion des œstrogènes après leur synthèse industrielle et par la connaissance du système endocrinien. L'histoire de la ménopause prit alors un tournant majeur : elle devint une maladie carencielle.

### **III.2. LA CRÉATION DE LA MÉNOPAUSE COMME PATHOLOGIE D'INSUFFISANCE ENDOCRINIENNE**

Nelly Oudshoorn (1998, 2000) fournit un axe d'analyse précieux, qui semble indispensable pour la construction de la ménopause par la biomédecine. Dans son *archéologie des hormones sexuelles*, l'auteur identifie trois principaux acteurs : la gynécologie, les scientifiques de laboratoire et l'industrie pharmaceutique, dont la collaboration, encore valable aujourd'hui, a favorisé la création de la ménopause-

maladie. Une brève description de leurs actions, dans la section suivante, permet de mieux le comprendre.

### ***III.2.1. Le triangle gynécologues, industrie pharmaceutique et scientifiques de laboratoires***

La création de la ménopause comme maladie carencielle est intimement liée à la découverte des hormones sexuelles mâles (sécrétées par les testicules) et femelles (sécrétées par les ovaires) autour des années 20 à 50 (Oudshoorn 1998, 2000). Cependant, la promotion des hormones masculines fut problématique par manque de matériaux et d'un contexte institutionnel. En revanche, la promotion des hormones féminines avait un cadre institutionnel : la gynécologie, qui fournit les matériaux dont les chercheurs avaient besoin. Ces matériaux furent récoltés auprès de femmes, d'emblée considérées comme sujettes à une panoplie de maladies et donc susceptibles d'être soumises à une hormonothérapie (Oudshoorn 1998, 2000).

Connaissant déjà les changements physiologiques consécutifs à l'ablation des ovaires, les gynécologues furent les premiers à s'intéresser aux effets des hormones sexuelles féminines, découvertes par les endocrinologues. Ils y virent de grandes avancées technologiques leur permettant non seulement de mieux comprendre et par conséquent de mieux soigner les désordres féminins, mais aussi d'étendre leur mainmise sur le corps des femmes (Oudshoorn 1998, 2000). Aujourd'hui encore, ce modèle hormonal de la ménopause n'est pas obsolète. La ménopause est toujours définie, dans la littérature médicale en termes de carence, de déficiences hormonales à l'origine de pathologies diverses, nécessitant un traitement.

Les deuxièmes à succomber à l'attrait des hormones sexuelles furent les scientifiques de laboratoire à qui elles permirent d'inclure l'étude des ovaires et des testicules dans une branche de la biologie générale. Mais, leurs recherches ne portèrent pas uniquement sur les questions relatives à la reproduction. Elles s'étendirent sur le rôle des hormones mâles et femelles dans la croissance et le

développement de l'organisme en général, et spécifiquement sur le processus de différenciation sexuée. Abordant un domaine jusque-là réservé aux seuls gynécologues, les expérimentations hormonales aidèrent à relier, de manière explicite, les pathologies féminines à la pratique de laboratoire. La frontière entre les physiologistes et les gynécologues fut alors ébranlée (Oudshoorn 1998).

Si dans les années 30, l'action du laboratoire se limitait à des manipulations sur ces substances chimiques, plusieurs décennies plus tard, son rôle s'est largement accru. Comme le montrent Latour, « les laboratoires sont devenus assez puissants pour produire la réalité (...) La réalité est ce qui résiste. À quoi résiste-t-elle ? À des épreuves de forces. Si dans une situation donnée, aucun opposant ne parvient à modifier la forme de l'objet, alors nous y sommes, il est réalisé, il est réalité » (Latour 1995 : 228). Au sein du laboratoire d'analyse, la ménopause est réalisée et matérialisée au moyen de multiples dispositifs d'analyse de dosages hormonaux. Le laboratoire fait désormais partie intégrante du diagnostic de ménopause, car il fournit au gynécologue, par des mesures fiables et standardisées, la preuve scientifique de son existence. Grâce à la pratique des dosages hormonaux, la ménopause est devenue un bouleversement hormonal objectivement détectable par les cliniciens, indépendamment de ce qu'en disent les femmes (Kaufert et Gilbert 1986). Les résultats d'analyse des dosages hormonaux, lorsqu'ils sont pratiqués, concourent au diagnostic et à la définition de la ménopause comme déficience ovarienne, par la confirmation de la baisse d'hormones qui accompagne l'arrêt des règles (Schneegg 2004).

Enfin, les préparations hormonales attirèrent l'industrie pharmaceutique qui perçut le marché hormonal comme un vaste potentiel commercial : c'était la voie vers une gamme de produits nouvelle et prometteuse (Oudshoorn 1998). Par la découverte matérielle des hormones sexuelles, l'endocrinologie a ouvert la voie à la fabrication de nombreuses substances chimiques et médicaments (Oudshoorn 1998). Sous forme de pilule ou de poudre, ces substances ont servi à traiter diverses affections, physiques ou mentales, attribuées au dysfonctionnement des ovaires. Mais, après

avoir été utilisées comme « médicament universel » pour soigner toutes sortes de troubles féminins, les préparations hormonales furent retenues comme indication pour la ménopause. Delanoë en conclut que ce qui était en jeu, c'était un médicament à la recherche d'une maladie, et non, comme le voudrait le sens commun, une maladie à la recherche d'un médicament (1998a). Ainsi, après s'être lancés avec succès dans la fabrication des préparations hormonales à usage thérapeutique, l'industrie pharmaceutique passa à la phase de marketing : « les pages de publicités des journaux médicaux invitaient à prescrire ces spécialités disponibles sous une multitude de marques » (Oudshoorn 1998 : 781).

Plusieurs décennies après, l'intérêt des compagnies pharmaceutiques pour la ménopause n'est pas des moindres. S'inscrivant dans le sillage de la pilule contraceptive, le traitement hormonal substitutif se diffuse sous l'effet de grandes campagnes de promotion dont le but est de persuader les femmes d'y recourir, car « convaincre, le plus grand nombre de femmes de prendre des hormones de remplacement pour le reste de leurs jours, c'est pour l'industrie pharmaceutique, s'assurer pendant de nombreuses années de formidables retombées économiques (Gendron 2000 : 39). Les compagnies pharmaceutiques rivalisent d'ingéniosité technologique et fabriquent une panoplie de traitements pouvant s'adapter aux différents modes de vie et aux préférences des femmes (Vernazza-Licht et al 2002) : patchs, comprimés, sprays, gels, ovules vaginaux sont autant de choix pour les femmes et, pour l'industrie pharmaceutique, autant de stratégies pouvant permettre une meilleure rentabilisation des troubles qu'elles rapportent<sup>15</sup>. Parallèlement, de multiples études épidémiologiques sous-tendent les découvertes et permettent d'améliorer le rapport bénéfice-risques. Au vu des résultats de différentes études, certaines formes de traitement paraissent moins risquées et

---

<sup>15</sup> J'ai pu obtenir une fiche récapitulant les divers traitements utilisés en Suisse, leur nature, leur présentation, leur dosage et leurs fabricants à l'hôpital H. 13 formes de traitements, 43 noms de produits et 11 compagnies pharmaceutiques y sont cités.

plus bénéfiques que d'autres<sup>16</sup> et certaines contre-indications absolues se transforment en contre-indications relatives (Birkhäuser 1996).

En somme, la connaissance du système endocrinien, la découverte du rôle joué par les hormones ovariennes et la promotion des médicaments à base de ces hormones ont contribué à la construction de la ménopause comme maladie carencielle, car sans découverte des hormones, pas de déficience hormonale (Oudshoorn 1998, 2000 ; Delanoë 1998a, 2006 ; Schnegg 2004). D'une étape naturelle de la vie, elle est passée, dans la perspective biomédicale, à un « générateur de morbidité » (Vinell 2007) et à un phénomène dont l'arrêt des règles n'est que secondaire, tel qu'on peut le constater dans cette définition de Rozenbaum :

La ménopause est l'arrêt des fonctions ovariennes, et par conséquent des fonctions de reproduction de la femme (...) Sur le plan endocrinien, la ménopause se caractérise par l'arrêt des sécrétions hormonales ovariennes : les œstrogènes (folliculine) et la progestérone ne sont plus sécrétées par les ovaires... les conséquences de cet arrêt des fonctions ovariennes sont : une stérilité définitive, la disparition des règles, l'apparition fréquente des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes, un retentissement possible sur l'état de la peau, des organes génitaux, des os, du système cardio-vasculaire. (1991 : 235-236)

On remarque ici l'insistance sur l'insuffisance ovarienne, un déficit à l'origine de plusieurs désagréments, établis et reconnus aujourd'hui sous la dénomination de symptômes de la ménopause. Les bouffées de chaleur, les troubles dépressifs et émotionnels, et troubles sexuels et la sécheresse vaginale, les troubles urinaires, le vieillissement cutané, la prise de poids, la fragilité des cheveux et des ongles, l'ostéoporose et les risques cardio-vasculaires, sont aujourd'hui admis, dans les milieux professionnels et même profanes, comme autant de maux qui accompagnent l'arrêt des règles (Berg-Cutler et al 1986 ; Rozenbaum 1991 ; McCoy 1994 ; Chaby 1995 ; Cardozo 1996 ; Delmas 1996 ; OMS 1996 ; Delanoë 2001 ; Louis-Courvoisier 2002 ; Lopes et Ringa 2003). Cette série de symptômes établis, s'intègre

---

<sup>16</sup> Par exemple, les hormones bio-identiques sont davantage promues que les hormones synthétiques, les patchs sont considérés comme meilleurs par rapport aux comprimés.

et devient une évidence sur laquelle repose une large part de la production des connaissances dans le champ biomédical. Confirmée par les études épidémiologiques, elle participe activement à la biologisation de la ménopause et à la construction d'une idéologie morbide des femmes ménopausées.

La conviction que toutes les femmes souffrent de ces symptômes est erronée. Les études se basent généralement sur le pourcentage des femmes qui se rendent en consultation ou celles qui considèrent leurs symptômes comme invalidants, et ne font pas toujours état des femmes pour qui la ménopause se passe sans grand bouleversement (Dennerstein 1994). Cependant, l'inventaire assez vaste des symptômes, établi et vulgarisé dans de nombreux documents, « crée un surenchérissement de troubles physiques, psychologiques et sociaux qui a pour effet de conforter l'image d'une ménopause maladie » (Vinel 2002 : 331).

Maladie carencielle, au même titre que le diabète ou l'hyperthyroïdie, la ménopause dans la perspective biomédicale, nécessite un apport exogène d'hormones et des traitements appropriés.

### ***III.2.2. Les traitements de la ménopause***

À troubles variés, remèdes et traitements variés. Il existe un arsenal thérapeutique diversifié pour juguler, annuler ou calmer les « maux » ménopausiques. Il peut s'agir des traitements hormonaux ou non hormonaux.

#### **III.2.2.1. Le Traitement Hormonal Substitutif**

Même si d'autres thérapeutiques sont envisageables, la prise en charge de la ménopause passe particulièrement, depuis plusieurs décennies, par l'utilisation du Traitement Hormonal Substitutif<sup>17</sup> (THS). Ce traitement « consiste en un apport

---

<sup>17</sup> Depuis 2005, l'expression « Traitement Hormonal Substitutif » (THS) est transformée en Traitement Hormonal de la Ménopause (THM). Mais, je l'utilise encore dans le cadre de ce travail

d'hormones proches des hormones naturelles, œstrogènes et progestérone, qui agit sur la muqueuse utérine de la même façon que le faisaient les hormones ovariennes avant la ménopause » (Chaby 1995 : 72). Le THS a deux objectifs essentiels, l'un curatif sur la plupart des troubles, et l'autre, préventif, sur l'ostéoporose (Chaby 1995 ; Clark 2003 ; Ringa 2003a).

Le traitement hormonal est porteur d'une lourde histoire faite de controverses multiples. Elle commence avec l'expérience de Charles-Edouard Brown-Séquard, en 1889 (Delanoë 1998a). Ce dernier âgé de 72 ans, s'injecta du liquide extrait de testicule frais de cobaye et de chien, et affirma, dans une communication à la Société de Biologie, « avoir été transformé, rajeuni par ces injections, avoir ressenti un regain de vigueur physique et intellectuelle, et une nette amélioration de sa santé » (Delanoë 1998a : 221). Il mit ensuite au point un traitement pour la prévention de la sénescence par des extraits testiculaires et en donna à sa femme, pour combattre sa faiblesse féminine, inaugurant alors le traitement de la ménopause par des androgènes. Ceux-ci semblaient efficaces sur les bouffées de chaleur mais provoquaient des effets de virilisation tels que l'augmentation de la pilosité et la raucité de la voix. Ils furent donc vite abandonnés (Delanoë 1998a).

À la suite des androgènes, les œstrogènes que Oudshoorn (1998) qualifie d' « or de la jument grvide » furent découverts dans les années 1920-1940, la progestérone et les premiers progestatifs au cours des années 1940-1950 (Delanoë 1998a ; Oudshoorn 1998). La valeur thérapeutique des œstrogènes n'était pas connue au moment de leur découverte. Aussi, ont-ils d'abord été utilisés dans le traitement de l'aménorrhée (absence de règles), mais les effets ne furent pas concluants. Ils ont ensuite été utilisés pour soigner les règles trop fréquentes ou trop abondantes sans obtenir de meilleurs résultats non plus. Puis, vers 1933, ils furent utilisés pour le traitement de toutes les maladies possibles chez les femmes, allant de la

---

parce qu'elle est restée répandue et de commun usage pour plusieurs personnes dont celles qui ont été interviewées.

schizophrénie à la chute des cheveux en passant par l'eczéma, le rhumatisme, l'épilepsie, le diabète ou l'hémophilie (Delanoë 1998a ; Oudshoorn 1998). Non satisfait de l'extension non spécifique de l'utilisation des œstrogènes, leurs promoteurs choisirent de mettre l'accent sur la l'importance des maladies causées par la carence en hormones sexuelles. Dès lors, le message des spécialistes, quoi qu'implicite, stipula que toutes les femmes devaient consulter un médecin à leur arrivée à la ménopause. Sur la base d'exams cliniques, ils pouvaient leur dire quelle thérapie était nécessaire pour remédier à leurs symptômes (Delanoë 1998a).

Ce message devint explicite dès les années 1960, au moment où la thérapie hormonale conçue pour soulager les troubles associés à la ménopause investit le marché (Delanoë 1998a, 2006). Les œstrogènes furent commercialisés non seulement pour traiter les symptômes ménopausiques, mais aussi pour assurer, telles des fontaines de jouvence, une protection contre les affres du temps : place à la féminité éternelle, aux femmes ménopausées, mais sexuellement actives, à la peau resplendissante et aux cheveux étonnamment luisants (Oudshoorn 1998 ; Delanoë 1998a, 2006 ; Clark 2003).

Cette dualité ressort clairement dans le livre de Robert Wilson, *Feminine forever*, en 1966. Pour l'auteur, la ménopause entraîne une perte de vitalité et de la joie de vivre, une diminution des facultés mentales et des graves problèmes de santé. Heureusement, comme il l'affirme, le traitement hormonal permet d'y remédier. Il est, selon lui, « une des plus grandes révolutions biologiques dans l'histoire de la civilisation. Il empêche la perte de l'intérêt pour la sexualité, la perte du pouvoir de séduction sur l'homme et la perte de l'identité sexuelle. Le traitement permet de maintenir la personnalité. Il est à vie, et provoque des saignements périodiques » (Wilson cité in Delanoë 1998a : 230). Avec les écrits de Wilson, les œstrogènes furent prescrits à grande échelle, les ventes triplèrent entre 1967 et 1975 et ils devinrent le cinquième médicament prescrit aux Etats-Unis (Delanoë 1998a ; Conrad 2007).

Cependant, en 1975 des études relevèrent que la prise d'œstrogènes provoquait l'apparition d'excroissances sur la muqueuse de l'utérus et augmentait, par conséquent, le risque de cancer. La popularité dont jouissait l'œstrogénothérapie jusqu'alors s'effondra (Delanoë 1998a). Cette découverte impliqua le besoin d'expérimenter de nouvelles approches, parmi lesquelles, l'adjonction d'un progestatif au traitement, cette hormone ayant la capacité de contrecarrer l'action des œstrogènes, d'entraver la surexcitation des tissus de la muqueuse utérine en réduisant d'autant le risque de développement de cancer. L'association des deux hormones a donné naissance à l'appellation de « traitement hormonal substitutif » (Delanoë 1998a, 2006 ; Clark 2003).

Au début des années 1980, une corrélation fut établie entre la prise d'hormones et la densité osseuse (Delanoë 1998a ; Clark 2003). Cette découverte ouvrit de nouveaux horizons et permit de légitimer la conception de la ménopause-maladie. La prévention de l'ostéoporose post-ménopausique devint la pièce maîtresse du discours médical : « avec l'ostéoporose, le discours médical quitte le terrain douteux de la jeunesse éternelle, de la séduction, de la féminité. On aborde le domaine noble et sans ambiguïté de la pathologie grave » (Delanoë 1998a : 237). Après l'ostéoporose, le traitement hormonal substitutif fut crédité d'un effet protecteur sur les maladies cardio-vasculaires et sur la maladie d'Alzheimer, entraînant à nouveau, de manière exponentielle, la médicalisation de la ménopause.

À la fin des années 1990 et au cours des années 2000, des études sur de vastes échantillons commencèrent à être publiées. Elles remirent en cause une partie des effets bénéfiques du traitement hormonal substitutif. D'abord, l'étude HERS (Heart and Estrogen/progestin Replacement Study), portant sur 2763 femmes ménopausées américaines, âgées de 55 à 79 ans et souffrant de maladies cardiaques, fut publiée en 1998. Elle révéla une absence de protection des œstrogènes contre les maladies cardiovasculaires. Au contraire, elle dévoila un

risque accru d'incidents coronariens la première année et une augmentation du risque thrombotique (Birkhäuser et al 2003).

En juillet 2002, les premiers résultats de la Women's Health Initiative (WHI), sur le Traitement hormonal substitutif furent divulgués. Cette étude prospective américaine portait sur 160 000 femmes ménopausées recrutées entre 1993 et 1998. Elle a apporté la preuve de l'absence d'effet protecteur sur les maladies cardiovasculaires ou sur la maladie d'Alzheimer. De plus, les résultats montrèrent une augmentation du risque de cancer du sein et des risques thromboemboliques (Ringa 2003a ; Birkhäuser et al 2003 ; Delanoë 2006). Ces résultats marquèrent les débats sur le THS jusqu'à nos jours. Mais, contrairement aux Etats-Unis, leur impact fut moindre dans plusieurs pays européens.

En France, les cliniciens développèrent l'argument selon lequel les progestatifs et les œstrogènes utilisés en France n'étaient pas les mêmes qu'aux Etats-Unis. Les résultats de la WHI ne pouvaient donc pas être extrapolés et s'étendre à la France (Ringa 2003b ; Delanoë 2006). Toutefois, en 2003, L'Agence Nationale d'Accréditations et d'Évaluation en Santé (l'Anaes) et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (l'Afssaps) firent une recommandation très restrictive quant à la prescription du traitement hormonal. Elle consistait à limiter la prescription de ce traitement aux seules femmes chez qui les bouffées de chaleur et les troubles gynécologiques diminuaient significativement la qualité de vie (Anaes et Afssaps 2004). Suite à cette mesure restrictive, une chute de consommation d'environ 19% en 2003 et 28.3% en 2005 fut observée en France (Löwy et Gaudillière 2004 ; Delanoë 2006).

En Suisse, les résultats de la WHI ont aussi été contestés par la Société Suisse de Ménopause (SSM) notamment en ce qui concerne le type de molécule utilisé, leur forme galénique et l'âge des femmes soumises à l'étude. La SSM a, cependant, aussi élaboré des mesures pour limiter l'utilisation prolongée d'une hormonothérapie de substitution. Outre ces mesures, la SSM a recommandé le recours aux médecines

dites douces ou aux produits phytothérapeutiques pour les troubles ménopausiques légers (Birkhäuser et al 2003).

En 2003, les résultats de la Million Women Study (MWS) furent aussi publiés. Cette étude britannique portant sur un million de femmes a abouti aux résultats presque similaires à ceux de la WHI : l'hormonothérapie augmente significativement le risque des maladies cardio-vasculaires et de cancer du sein ; le risque de cancer du sein augmente d'autant que le traitement comporte de la progestérone. Cela signifie en clair que les femmes ont le choix entre deux options dangereuses l'une comme l'autre : elles devront choisir entre un risque accru de cancer de l'utérus – en prenant un traitement sans progestatif – et un risque accru de cancer du sein – en adjoignant le progestatif aux œstrogènes – (Löwy et Gaudillière 2004). Ces résultats renforcèrent la prise de position de l'Anaes et l'Afssaps : seuls les troubles ménopausiques invalidants restent l'indication majeure pour le traitement d'un THS ; il n'est plus recommandé de prescrire l'hormonothérapie avec comme seul objectif la préservation du capital osseux ou la prévention des fractures ostéoporotiques ; le recours au traitement pour une courte durée est aussi vivement recommandé (Anaes et Afssaps 2004).

Après la HERS, la WHI et la MWS, de nombreuses autres études ont continué de proliférer, remettant à chaque fois en cause, ce que l'on pouvait jusque-là considérer comme acquis du THS, à l'exception de son effet protecteur sur la masse osseuse.

En définitive, l'hormonothérapie est le reflet d'une histoire mouvementée et pleine de rebondissements, les « vérités médicales » apparaissant comme souvent fragiles et en perpétuelle évolution. Aujourd'hui encore, les effets iatrogènes du traitement hormonal, de même que sa durée d'administration sont toujours sujets à débats (Rozenbaum 2002 ; Louis-courvoisier 2002 ; Birkhäuser et al 2003 ; Humair 2004 ; Anaes et Afssaps 2004). Cela ne facilite donc pas l'information aux médecins et encore moins celle faite aux femmes.

### **III.2.2.2. Les alternatives au THS**

En dehors du THS, d'autres traitements sont aujourd'hui disponibles pour la prévention et le traitement des troubles de la ménopause. Certains sont spécifiques à un trouble, comme les biphosphonates et les SERMs qui agissent sur l'ostéoporose, d'autres comme la Tibolone, ont plusieurs cibles d'action.

#### **a. Les traitements hormonaux locaux**

Il s'agit notamment de traitements à base d'œstrogènes ou de progestérone dont le but est de remédier à la sécheresse vaginale. Ils apparaissent sous forme de crèmes ou d'ovules gynécologiques (Hassoun 2003b).

#### **b. Les biphosphonates**

Il s'agit d'un traitement non hormonal. Les biphosphonates sont des produits spécifiques de l'os. Ils augmentent la densité osseuse et n'ont comme indication en période post-ménopausique que la prévention et le traitement de l'ostéoporose. Ils ne sont donc pas une possibilité de prise en charge globale de la ménopause (Ringa 2003a). Pour les femmes à qui on prescrit le traitement hormonal avec comme principal objectif la prévention de l'ostéoporose, les biphosphonates sont une alternative. De la même manière, pour les femmes ne pouvant bénéficier du THS, ils sont un des choix possibles pour la prévention de l'ostéoporose. Ils ont toutefois l'inconvénient de provoquer des effets secondaires sur le système digestif (Louis-Courvoisier 2002).

#### **c. Les SERMs (Selective Estrogen Receptor Modulator)**

Ce sont des agents pharmacologiques qui augmentent la densité osseuse, mais spécifiquement sur le col du fémur et la colonne vertébrale. Ils représentent aussi une nouvelle alternative du traitement contre l'ostéoporose, mais leur absence d'efficacité sur les bouffées de chaleur est un élément important à prendre en compte (Louis-Courvoisier 2002 ; Ringa 2003).

#### **d. La Tibolone**

Il s'agit « d'un stéroïde de synthèse qui présente une faible activité œstrogénique ainsi qu'une activité androgénique et progestative. Ses propriétés œstrogéniques sont à l'origine de son effet sur les symptômes vasomoteurs et sur la diminution de la résorption osseuse qu'il entraîne » (Ringa 2003a : 72). La tibolone est efficace chez des femmes récemment ménopausées ou chez celles qui sont plus âgées. Son activité œstrogénique implique une efficacité sur les bouffées de chaleur, sur la sécheresse vaginale et sur la diminution de la résorption osseuse. L'activité androgénique, quoi que faible induit des effets stimulants sur la libido. La tibolone est un traitement qui pourrait présenter des avantages en matière de tolérance, en particulier sur l'endomètre. Cependant, sa probabilité d'augmenter le risque de cancer du sein remet en question ces avantages (Hassoun 2003b).

#### **e. Les phyto-œstrogènes (PE)**

Les phyto-œstrogènes, appelés aussi phyto-hormones sont des produits dérivés de plantes qui sont transformés en substances œstrogéniques dans le tube digestif (Hassoun 2003b). Les effets spécifiques des phyto-œstrogènes ont été peu étudiés. L'idée qu'ils pourraient être efficaces sur les modifications et les pathologies de la ménopause repose sur l'observation d'une fréquence moindre des bouffées de chaleur et des fractures ostéoporotiques chez les femmes asiatiques, surtout chez les Japonaises. Le régime asiatique traditionnel riche en soja a été évoqué pour expliquer ce phénomène (Ringa 2003a, Lock 1993, 2006).

En somme, la pathologisation de la ménopause s'est faite sur la base de la transformation de la ménopause en une maladie carencielle et sur l'élaboration des traitements destinés à y remédier. Ces traitements, actuellement reconnus sur le plan international, instaurent ainsi une véritable normalisation.

#### **IV. LA MÉDICALISATION DE LA MÉNOPAUSE : DE LA CRÉATION DE L'ANORMAL À LA NORMALISATION**

D'après *Le Nouveau Petit Robert* (2008), la normalisation désigne la mise en conformité d'un produit à une ou plusieurs normes. Elle est aussi l'action de rendre normal ou de rétablir (une situation) dans l'état antérieure. Il s'agit donc de donner, à une personne déficiente, les moyens de vivre dans les conditions aussi proches que possible de la norme. Vu sous cet angle, le traitement hormonal substitutif induit une gestion médicalisée de la ménopause qui permet de maintenir le corps des femmes aussi « jeune », aussi « sain » et aussi « normal » que possible.

En effet, dans de nombreux manuels de gynécologie, le niveau hormonal d'une femme de trente ans est institué en norme de sorte que tout écart par rapport à cette norme est rangé parmi les pathologies et conçu comme objet de déviance (Kolip 2006 ; Lock 2006 ; Soulière 2007). Comparé au corps jeune et reproducteur, le corps ménopausé est décrit en fonction des écarts qui l'en distancient, des manques et des dysfonctionnements qu'il faut combler. La normalisation se fait donc à travers le dépistage, la prévention et la médication (Soulière 2007). Le dépistage et la prévention touchent l'ensemble de la vie des femmes allant des habitudes de vie à la relation de couple en passant par la diète et l'exercice physique. Quant à la médication, elle passe principalement par la prescription du traitement hormonal, censé combler et ramener à la norme, le niveau hormonal, du calcium et des suppléments de vitamines, censés consolider le « fond de santé » (Herzlich 2005) des femmes. Ainsi, au nom de la santé publique, la médecine participe à la mise en norme du corps féminin (Delanoë 2006 ; Kolip 2006). Et, toutes les mesures qu'elle prend renforcent, multiplient et perpétuent la surveillance et les contrôles médicaux.

Un autre aspect de la normalisation apparaît à travers ce que Fassin nomme « le passage du singulier au collectif » (1998 : 7). En prenant l'exemple de la circoncision, il montre comment celle-ci est devenue un problème de société en

opérant le déplacement de la clinique médicale à la santé publique. Ce glissement s'est effectué en deux phases. La première a consisté à donner une base physiopathologique au discours biomédical ; la deuxième l'a érigée en un programme de santé publique en l'utilisant comme moyen de prévention de diverses maladies, notamment le cancer et la syphilis (Fassin 1998). La circoncision est alors passée « d'une pratique thérapeutique au statut de norme sociale » (Fassin 1998 : 7). Sans avoir un parcours similaire à celui de la circoncision, la ménopause, en plus de sa reconnaissance comme pathologie dans le discours biomédical, a aussi connu son inscription dans l'espace collectif, en devenant un problème de santé publique. En effet, dans un contexte socioculturel et économique qui favorise la légitimité incarnée par la science, le référentiel médical jouit d'une importante légitimité. La rigueur de la recherche médicale, qui fournit les explications scientifiquement prouvées, confère une autorité au savoir médical sur l'expérience des femmes d'âge mûr. Elle légitime, de ce fait, leur étroite surveillance à ce moment de leur vie. Mais, il ne s'agit pas simplement d'exercer une discipline sur les corps individuels, il s'agit aussi d'instaurer des mécanismes de régularisation au niveau de la population globale (Foucault 1997). On le sait, le « droit à la santé » qui renvoyait au principe que les individus ont le droit d'être malade et d'être traités de manière appropriée implique aujourd'hui de les responsabiliser et de leur faire modifier leurs habitudes de vie afin de préserver leur santé ou d'éviter les maladies (Herzlich et Pierret 1991 ; Pierret 1991). En cela, la santé n'est plus seulement un droit, mais aussi un devoir (Herzlich et Pierret 1991 ; Pierret 1991 ; Herzlich 1992 ; Carricaburu et Ménorret 2005). Bien manger, faire de l'exercice, éviter l'alcool ou la cigarette sont autant de devoirs et de secrets d'une bonne santé désormais promus (Rossi 2005). On pourrait ainsi supposer que la prescription de l'hormonothérapie post-ménopausique relève de cette volonté de responsabiliser les femmes en leur permettant de préserver leur santé, de remédier et de prévenir tous les troubles susceptibles d'apparaître à la ménopause.

Des institutions chargées de la normalisation des pratiques concernant la gestion de la ménopause sont, à cet effet, mises en place.

Parmi ces institutions figure notamment la Société Européenne de la Ménopause, qui a vu le jour en 1990 (Birkhäuser et Rozenbaum 1996). Sa justification semble claire : « à l'heure où une Europe politique et économique se constitue, il apparaît particulièrement important d'élaborer une Europe de la ménopause » (Rozenbaum 1996 : 281). Dans le cadre des activités de cette société, une conférence de consensus sur la ménopause se tint au CNRS, à Paris du 11 au 13 avril 1991 et à la question posée : « faut-il médicaliser la ménopause? Le jury répondit : oui, il faut médicaliser la ménopause. Ce qui sous-entend une surveillance régulière de toutes les femmes ménopausées traitées ou non. » (CNRS, 1991, 14).

En suisse, une Société Suisse de Ménopause a été créée, sous la forme d'une organisation d'utilité publique, en 1994<sup>18</sup>. C'est l'organisation de ceux et celles qui recherchent, étudient ou exercent dans le domaine de la ménopause. Sa mission consiste à promouvoir la science dans le domaine de l'endocrinologie gynécologique, à orienter la formation continue et le perfectionnement, à organiser des manifestations scientifiques et à élaborer des directives. Non seulement elle encourage la coopération interdisciplinaire, soutient la recherche scientifique et les relations avec les sociétés semblables à l'étranger, mais aussi elle veille à fournir des informations concernant la ménopause et ses traitements aux personnes intéressées, qui les trouvent diffusées en grand nombre sur son site internet.

À la suite de la création de la Société Suisse de Ménopause, une deuxième conférence de consensus fut organisée à Montreux, en Suisse en 1995 avec pour objectif d'établir un état des lieux sur l'hormono-substitution dans les différents pays européens, de faire le point sur les conséquences de la carence œstrogénique post- ménopausique et d'élaborer les diverses modalités de prise en charge des

---

<sup>18</sup> [WWW.meno-pause.ch](http://WWW.meno-pause.ch)

femmes ménopausées (Rozenbaum 1996). Un ensemble de mesures étatiques régulant l'accès aux traitements hormonaux de substitution (THS) a été établi : autorisation de mise en vente et de remboursement, commandes d'expertises, élaboration de recommandations relatives à leur utilisation (Vinel 2004a). Derrière leur série de prescriptions et de proscriptions pour la prévention ou la promotion de la santé des femmes à la ménopause, les sociétés de Ménopause sont devenues l'opérateur de sa médicalisation véritable, car à travers elles le référentiel médical investit l'espace public. Elles sont l'interface au sein duquel se produisent de manière dialectique, la sanitarisaiton du social et la politisation de la santé (Fassin 2006), et où s'entrecroisent la norme de la discipline et la norme de la régulation (Foucault 1997). Elles sont le socle à travers lequel s'institue la « pathologie ménopause » et représentent la nouvelle forme de gouvernementalité (Massé 1998) par laquelle se construit et se consolide la surveillance des femmes d'âge mûr.

À travers cet arsenal de recommandations et cette généralisation des pratiques de soins et de prévention par l'hormonothérapie substitutive, la ménopause, jusque-là considérée comme une affaire individuelle, marque son entrée dans l'espace public par la publicisation et les nombreux discours qui l'entourent.

## **V. PROCESSUS DE SOCIALISATION ET ENTRÉE DE LA MÉNopause DANS L'ESPACE PUBLIC**

La médicalisation se concrétise aussi à travers le processus de socialisation (Delanoë 1998a). Longtemps tue et confinée à la sphère intime, la ménopause est sortie de l'ombre pour s'étendre à la sphère publique. En quelques années, les articles, les livres, les émissions se sont multipliés et les interrogations des femmes et des hommes sur ce sujet sont sorties de la clandestinité (Thiriet et Képès 1986). Comme l'affirme Delanoë, « la ménopause est un sujet tabou jusque dans les années 1970-1980. C'est-à-dire qu'on n'en parlait pas, que ce soit entre mère et fille ou en public.

La profusion du discours médical, sous forme de livres, d'articles dans les journaux et magazines, d'émissions de télévision, a contribué à médiatiser la ménopause, à tous les sens du terme, et à en faire un objet à la fois de conversations privées et de débat public » (Delanoë 1998a : 212). Le référentiel médical qui s'insinue insidieusement dans le tissu social permet aux individus (hommes et femmes) de se socialiser à l'ensemble cohérent des symptômes ménopausiques établis. L'influence croissante des médias sur la qualité de vie de la femme, qu'il s'agisse de sa vie familiale, de son aspect physique ou de sa vie sexuelle, a créé des besoins qui, à la ménopause s'expriment par des doléances et par la recherche d'interlocuteur privilégié (Caulin et al 1992).

En Suisse romande, c'est lors de l'émission de la Télévision Suisse Romande (TSR) *Check Up*<sup>19</sup> du 13 décembre 2000, que la ménopause fait son entrée sur la scène publique et médiatique. L'émission fait état des doutes et des controverses autour de la ménopause, de la substitution hormonale, de ses effets secondaires et de la durée du traitement. Sont invités à participer à cette émission, quatre médecins dont un endocrinologue, spécialiste de l'ostéoporose, un cardiologue travaillant dans un centre de ménopause, un gynécologue, et un onco-gynécologue. Tandis que l'endocrinologue et le gynécologue évoquent les avantages du traitement hormonal substitutif, notamment la diminution du risque ostéoporotique, le cardiologue et particulièrement l'onco-gynécologue mettent en relief les effets iatrogènes du traitement, en l'occurrence les risques de cancers du sein et de l'utérus et la non protection du traitement sur les maladies cardiovasculaires. Ce dernier dénonce aussi, à la fois le « forcing », c'est-à-dire la forte influence des gynécologues face à leurs patientes, et l'emprise de l'industrie pharmaceutique qui « courtise » fortement les médecins, grâce à l'envoi de nombreuses publicités sur les nouveaux médicaments et au travers des colloques organisés pour les en informer.

---

<sup>19</sup> *Check Up* est un Magazine de Santé. J'ai pu obtenir un enregistrement de l'émission évoquée ici auprès de l'un des médecins qui y est intervenu.

La durée du traitement est aussi évoquée et ne semble pas avoir fait l'objet d'un consensus. Certains affirment que celle-ci devrait-être inférieure à cinq ou dix ans et d'autres ne voient pas l'utilité de l'interrompre puisqu'il améliore la qualité de vie des patientes.

Pour nourrir la discussion trois femmes ont été invitées à témoigner. Parmi elles, deux sont hormono-substituées. Leur témoignage a consisté à mettre en avant les avantages de la prise d'hormones, en insistant fortement sur l'amélioration de la qualité de vie (disparition des bouffées de chaleur, stabilité de l'humeur, absence de dépression, plus de prise de poids). Cela confirme l'extension de plus en plus croissante du référentiel médical. Ces deux femmes affirment avoir été informées des risques potentiels et avoir accepté de les assumer. En revanche, la troisième déclare n'avoir aucun malaise. Elle met l'accent sur les risques de cancer que peut induire l'hormono-substitution et refuse tout traitement de la ménopause, considérée comme une étape naturelle au même titre que la grossesse. Ces trois avis mettent en relief la divergence d'opinions sur le vécu ménopausique et soulignent la non passivité des femmes dans le processus de médicalisation en cours.

À la suite de ces témoignages, l'émission fait un reportage sur les différentes études portant sur le traitement hormonal aux Etats-Unis et en Europe (Suède, Angleterre, Italie). Celles-ci, loin d'avoir un consensus, se révèlent très contradictoires quant aux risques et bénéfices du traitement. Ainsi, d'un congrès à l'autre les recommandations vis-à-vis des traitements de la ménopause changent, plongeant les médecins dans une « forme de désarroi », qui rend la pratique difficile sur le terrain. Il convient de souligner que les études américaines ont tout de même été critiquées par les médecins présents, du fait de l'utilisation des molécules différentes que celles employées en Europe.

À la fin de l'émission, à la question posée aux médecins par le journaliste Roland Goerg : « si vous étiez une femme, prendriez-vous les hormones à la

ménopause ? », les réponses furent toutes différentes. « J'en prendrais sans hésiter », affirma le gynécologue ; « j'en prendrais, mais peut-être pas plus de 10 ans » assura l'endocrinologue ; « si j'avais vu cette émission, je crois que je me poserais des questions... » répondit le cardiologue ; « J'hésiterais » conclut l'oncogynécologue. Ces diverses réponses montrent que non seulement le débat autour de la substitution hormonale reste houleux, mais aussi qu'au sein du milieu médical, il n'y a pas d'homogénéité. Les médecins ne partagent le même avis ni sur les risques et les bénéfices du traitement ni sur sa durée nécessaire.

Le 1<sup>er</sup> octobre 2002, la ménopause était de nouveau à la TSR avec l'émission *A Bon Entendeur* au cours de laquelle la journaliste souligna une fois encore les effets délétères de la substitution hormonale et dénonça avec véhémence la prescription systématique des traitements substitutifs aux femmes ménopausées (Schneegg 2004).

Depuis les années 2000, donc, les articles sur la ménopause ou sur les hormones foisonnent dans les quotidiens suisses romands<sup>20</sup>. Cette publicisation et tous ces débats autour de la ménopause donnent l'occasion aux profanes de s'exprimer, concourant ainsi à modifier progressivement la visibilité sociale de la ménopause.

Au Cameroun, la ménopause ne connaît pas une telle émergence sur l'espace public. Elle est peu abordée par les médias et reste moins visibilisée qu'en Suisse. Ma recherche étant pionnière, il n'existe pas une littérature me permettant de parcourir le processus de transformation des représentations associées à la ménopause dans ce pays. Les interviews avec les professionnels de la santé et les femmes elles-mêmes laissent cependant entrevoir une forme de médicalisation

---

<sup>20</sup> Voir, à titre indicatif, 24 heures (23 juillet 2002 ; 24 octobre 2002 ; 11 novembre 2002 ; 12 janvier 2004), La Tribune de Genève (23 juillet 2002 ; 12 mars 2010), Le Temps (1<sup>er</sup> novembre 2005 ; 9 novembre 2006 ; 22 octobre 2007 ; 2 mars 2009 ; 6 janvier 2010 ; 12 mars 2010 ; 23 octobre 2010 ; 16 novembre 2010) pour ne citer que ceux-là.

silencieuse, car elle reste peu visible à tous les niveaux, institutionnel, conceptuel et interactionnel. Mais, si la médicalisation de la ménopause prend des formes implicites qui rendent la transformation difficile à observer au Cameroun, cela ne sous-entend pas qu'elle n'y existe point. En effet, la définition et la prise en charge de la ménopause par les professionnels interviewés à Yaoundé présente de nombreuses similitudes avec celles de leurs homologues suisses, ce qui est vraisemblablement dû à la circulation des savoirs dans ce domaine d'une partie du monde à l'autre, d'un pays à l'autre. Au-delà des savoirs, l'accès, bien que limité, aux traitements hormonaux et non hormonaux, qui y sont disponibles, est l'un des domaines où s'illustrent ces effets majeurs de la mondialisation qui rend disponible des biens – tels que les médicaments – et des modèles de traitement. Et, si dans le discours des femmes, la ménopause est principalement définie comme l'arrêt des règles, on relève néanmoins que la plupart lui attribuent aussi divers troubles et consultent assez souvent un gynécologue à cet effet. L'attitude de ces femmes peut ne pas relever d'une volonté de médicalisation de la ménopause, mais elle révèle l'existence d'un processus de médicalisation générale qui consiste à s'orienter vers les professionnels de la santé lorsque le corps envoie des signaux incompréhensibles. La mondialisation, l'introduction de la biomédecine et la circulation des modèles de définition et des techniques thérapeutiques occidentaux au Cameroun pourraient probablement l'expliquer (voir infra chapitre 3, 1.2.4).

## **VI. LA PLATE-FORME DU DISCOURS MÉDICALISANT LA MÉNOPAUSE**

L'approche biomédicale de la ménopause s'articule autour de plusieurs arguments parmi lesquels les risques potentiels sur la santé des femmes, la perte de la jeunesse, de la féminité et de la sexualité.

### VI.1. LE CORPS À RISQUE

Le discours biomédical qui restreint la ménopause aux seules mutations biologiques se présente aux femmes en se fondant sur une logique de risque. Mais qu'est-ce que le risque ? Pourrait-on se demander.

Le risque, d'après Peretti-Watel, « n'est pas une catégorie d'événements particuliers, mais une façon de se représenter les événements, de les objectiver, étendue sans cesse à de nouveaux objets » (2000 : 48). Au départ, le risque était une notion neutre, indiquant simplement la probabilité pour que survienne un événement. Aujourd'hui, bien qu'il jouisse toujours de l'« aura de scientificité » (Soulière 2007) car calculé et posé comme donnée objective, il est aussi subjectivement construit et perçu. Le risque est devenu synonyme de danger : il est « la probabilité que surviennent un danger potentiel et des conséquences indésirables » (Soulière 2007 : 79). Et, c'est avec cette connotation de dangerosité que la notion de risque a envahi le domaine de la santé.

Pour revenir à la ménopause, la biomédecine construit, aujourd'hui, le corps des femmes ménopausées comme un corps à risque en soulignant les conséquences pathologiques qu'entraînent les changements et les déficits hormonaux : les troubles physiques et dépressifs, les maladies cardiovasculaires, mais particulièrement, en tête de liste, l'ostéoporose : « le corps des femmes vieillissantes est donc conçu comme un corps osseux, potentiellement, friable, cassable et fragile. Il se courbera sous les assauts de l'ostéoporose » (Kérisit et Pennec 2001 : 133). Cette rhétorique du risque est, selon ces deux auteurs, une rhétorique de la fatalité parce qu'elle associe la ménopause et ses troubles à des risques potentiels de dépendance, à des facteurs de soustraction de force du travail et de production, à des coûts sociaux et économiques. Avec ce corps improductif et coûteux, fragilisé par le manque d'hormones, la femme d'âge mûr court le risque de devenir un poids financier, un fardeau social.

Cette conception des femmes ménopausées comme des fardeaux sociaux transforme la nature de la ménopause en un enjeu de santé publique considérable. En effet, la rhétorique du risque induite par le discours biomédical ne laisse pas indifférente les institutions de santé publique dont l'un des objectifs primordiaux est de promouvoir une gestion rationnelle des risques (Massé 2001). Compte tenu du nombre grandissant de femmes qui arrivent à la cinquantaine dans le monde occidental, le risque de fractures liées à l'ostéoporose préoccupe particulièrement les responsables des programmes de prévention. Et pour cause, « au-delà de la question de la perte, temporaire ou définitive, de l'autonomie du malade, ces fractures engendrent un coût économique non négligeable. À Genève, ce coût est estimé à 8.8 millions de francs par année » (Louis-Courvoisier 2002 : 280). Cela implique donc pour la santé publique de mettre en place des mesures collectives de contrôle. Mais, parmi les mesures correctives, les programmes d'éducation à la santé ont moins cherché à sensibiliser le public sur les conséquences néfastes de différents aspects du mode de vie<sup>21</sup> qu'à encourager le recours à l'hormonothérapie substitutive pouvant permettre une normalisation des corps ménopausés déviants (Bibeau 1999). Le traitement hormonal substitutif aurait sa place non seulement humainement (Luzuy 2004), pour aider les femmes à mieux vivre leur ménopause, mais aussi économiquement comme l'affirme Rozenbaum, alors Président de la Société Européenne de Ménopause : « si toutes les femmes ménopausées se traitaient en France, la Sécurité Sociale ne serait plus en déficit » (Cité in Delanoë 2006 : 48). Il devient humainement, politiquement et économiquement stratégique d'inciter les femmes à effacer leur ménopause, à intégrer toutes les pratiques de prévention pour prendre en charge ses effets sur leur santé. Jumelée à une culture hédoniste et productiviste, la logique de risque, entourant la ménopause, contribue à façonner, d'une certaine manière, les femmes

---

<sup>21</sup> Une faible consommation des produits laitiers riches en calcium, la sédentarité, la consommation d'alcool et de tabac sont autant de comportements pouvant accroître le risque d'ostéoporose (Louis-Courvoisier 2002 ; Lopes et Ringa 2003).

d'âge mûr dont les sociétés occidentales actuelles ont besoin : peu coûteuses, productives et consommatrices (Soulière 2007).

Au-delà de la notion de risque, le discours médical insiste aussi sur la perte de la jeunesse, de la féminité et de la sexualité à la ménopause.

## **VI.2. LA RHÉTORIQUE DE LA FIN DE LA JEUNESSE, DE LA FÉMINITÉ ET DE LA SEXUALITÉ**

Le discours médical associe souvent l'arrêt des règles à la fin de la féminité et à l'entrée dans la vieillesse (Delanoë 1998a ; Vinel 2002). La ménopause serait ainsi une « porte fermée sur la féminité » et une « porte ouverte sur la vieillesse » (Kérisit et Pennec 2001 : 132). La perte du pouvoir de séduction ou la fin de la sexualité sont aussi prégnantes dans ce discours où l'hormonothérapie est souvent présentée comme la solution permettant aux femmes de maintenir le désir, la séduction et leur identité sexuelle (Delanoë 1998a, 2003 ; Laznik 2003). Parmi les nombreuses campagnes pour les thérapies hormonales, on se souvient de cette publicité dont parle Delanoë qui soulignait, sous la présentation du médicament, ce propos : « pour que la femme reste femme » (Delanoë 2006 : 11). Cette injonction signifie alors que la femme ne l'est plus à la ménopause, à moins de recourir à l'hormonothérapie. On retrouve cette idée dans plusieurs ouvrages de médecins français qui, bien que plus nuancés par rapport à *Feminine forever* de Wilson, ont renforcé la médicalisation de la ménopause, à ses débuts. Sur cette lancée, *La ménopause effacée*, d'Anne Denard-Toulet, paru en 1975, décrit la ménopause comme la « peste » ; *Le bonheur à 50 ans. Le passage de la ménopause : transformez la nécessité en une énergie pour la vraie vie* de David Elia, paru en 1997, développe indirectement l'idée que les femmes ménopausées ne sont plus belles, ni désirables ni actives si elles ne prennent pas les hormones ; *La cinquantaine épanouie. Les traitements actuels permettent à la femme ménopausée de rester belle, désirable et active* (1980) de Henri Rozenbaum énonce cette conclusion en s'adressant aux femmes :

La médecine peut désormais vous apporter un soutien efficace ; si elle est incapable de freiner le vieillissement inéluctable de tout être vivant, elle peut en revanche estomper le « coup de vieux » de la ménopause, c'est-à-dire l'accélération du vieillissement de certains tissus déclenchée par la carence en estrogènes et vous procurer un confort de vie que nos mères et nos grands-mères n'ont pas connu pendant cette période (Rozenbaum 1980 : 248).

En produisant une représentation aussi stigmatisante des femmes ménopausées, le discours médical réduit les difficultés affrontées par les femmes d'âge mur à des insuffisances physiologiques et renoue avec la représentation traditionnelle de la femme biologiquement inférieure, incapable de dominer sa nature (Delanoë 1998a). Pour s'insurger contre cette représentation, des discours alternatifs se sont développés.

## **VII. LES DISOURS ALTERNATIFS AU MODÈLE BIOMÉDICAL**

S'il est vrai que la ménopause est aujourd'hui entre les mains de la médecine, il n'en demeure pas moins qu'elle reste un phénomène qui la déborde de toute part. Le modèle biomédical de la ménopause a fait l'objet de moult controverses et critiques, notamment de la part des chercheurs en sciences sociales. Ceux-ci représentent l'un des principaux discours alternatifs au modèle biomédical de la ménopause. De par les nombreuses études qui ont été explicitées au premier chapitre, sociologues et anthropologues ont contribué à donner une autre vision de la ménopause. Au référentiel médical, largement répandu, ils opposent un référentiel social pouvant permettre de prendre des distances quant à la médicalisation croissante du phénomène ménopausique. Le contexte culturel et social qui conditionne l'expérience des femmes, davantage mis en exergue dans leurs études, a permis de sortir du déterminisme biologique qui fait de toutes les femmes ménopausées, des femmes carencées, en proie aux nombreux troubles physiques et émotionnels et nécessitant un traitement. En plus des recherches en sciences sociales, certaines féministes et les partisans des médecines alternatives se sont aussi mobilisés pour contrer le discours biomédical dominant.

### VII.1. LES CONTRE-DISOURS FEMINISTES

Plusieurs critiques de la médicalisation et du modèle biomédical de la ménopause émanent d'auteurs qui s'inscrivent dans la mouvance féministe, pour qui le mythe menstruel et ménopausique serait une forme de contrôle social servant à légitimer le sexisme et l'âgisme par un discours scientifique (Massé 1995, Richters 2002). Le discours féministe s'assimile alors à une contre-expertise du discours médical. Cependant, Kaufert (1982), explorant les relations entre les représentations des médecins et des féministes à l'égard de la ménopause aux Etats-Unis, affirme qu'il s'agit de deux mythes compétitifs, car chacun de ces groupes voudrait que sa définition de la ménopause soit exclusivement acceptée par les femmes. Si donc, comme la biomédecine, les mouvements féministes veulent aussi exercer un contrôle sur la ménopause et la reproduction, comme le montre Kaufert (1982), il n'en demeure pas moins qu'ils offrent aux femmes une autre lecture de cette étape de la vie.

Delanoë (2006) brosse un tableau des réponses féministes américaines et françaises au modèle médical de la ménopause. On peut y voir, d'emblée, que la réaction des féministes face à l'hormonothérapie a été différente aux Etats-Unis et en Europe. Cette différence s'explique probablement par la tradition de méfiance des Nord-Américaines envers la profession médicale et l'industrie pharmaceutique, entretenue par l'implication plus importante des mouvements féministes dans la définition des risques des technologies biomédicales et le contrôle de leurs usages. Le statut contesté des thérapies hormonales est lié à la visibilité et au poids politique acquis par le Women's Health Movement, qui a d'ailleurs conduit à la réalisation de la WHI (Löwy et Gaudillière 2004, 2006).

Aux Etats-Unis, c'est vers la fin des années 1970 que la réflexion féministe sur la ménopause a connu son essor, parallèlement à la mise en lumière des risques liés à la prise d'œstrogènes (Delanoë 1998a ; Thoër-Fabre 2005). Les féministes américaines se sont opposées à la médicalisation de la ménopause en la présentant

comme une étape de la vie des femmes devant être reconnue comme telle plutôt que d'être transformée en une maladie carencielle. Le THS a donc été pris comme le terrain de contestation de ces luttes féministes (Löwy et Gaudillière 2004).

Le refus de la stigmatisation des femmes ménopausées a surtout été l'œuvre du Mouvement des Femmes pour la Santé, dont le collectif de Boston a été la figure de proue avec la publication de leurs ouvrages *Our body ourselves* en 1971 et en 1987, *Ourselves Growing Older* qui restent légendaires. Ce mouvement dénonce l'image sociale négative des femmes ménopausées véhiculée par certains médecins et critique avec force la médicalisation de la ménopause et l'usage du traitement hormonal, pour plusieurs raisons. D'une part, le traitement hormonal est perçu comme une sorte d'ingérence dans le déroulement naturel d'un parcours de vie féminin, contre laquelle les féministes s'insurgent en prônant le recours aux médecines dites douces pour alléger les troubles ménopausiques. Les partisans de ce mouvement affirment que la ménopause n'est nullement une maladie et que sa médicalisation n'est que le résultat de la coalition entre les producteurs d'hormones voulant écouler leur marchandise et les médecins désireux de transformer toutes les femmes en patientes (Kérisit et Pennec 2001 ; Löwy et Gaudillière 2004). D'autre part, la prescription systématique de l'hormonothérapie est perçue comme excluant les femmes de leur propre savoir et impliquant une domination du pouvoir biomédical et patriarcal avec laquelle il faut rompre (Kérisit et Pennec 2001 ; Delanoë 2006).

À la suite du Collectif de Boston, Rosetta Reitz publie en 1977 *Menopause, a positive approach*, livre dans lequel elle critique l'usage du traitement hormonal en affirmant qu'en dehors de l'arrêt des règles, aucun symptôme n'est spécifique à la ménopause. L'auteur déclare qu'en approchant la quarantaine, elle ne se sent ni carencé ni malade et conseille aux femmes de se valoriser, de partager leur expérience avec d'autres et de se débrouiller sans l'avis des médecins. La même année, Seaman et Seaman publient aussi *Women and the crisis in sex hormones* dans lequel ils montrent que la ménopause n'est qu'une étape de la vie des femmes

et qu'elle n'est pas plus pathologique que la grossesse ou l'absence de grossesse. Les bouffées de chaleur y sont comparées à des voix d'adolescents qui muent et qui pourtant ne sont pas castrés pour préserver leur voix de soprano. Les auteurs concluent qu'il n'est donc pas nécessaire de prescrire des pilules qui augmentent le taux de cholestérol et les risque de cancer pour traiter des bouffées de chaleur.

Germaine Greer (1991) va dans le même sens et porte aussi un regard très critique sur les discours qui assignent un statut dévalorisant aux femmes ménopausées. Pour cette icône du féminisme, « la ménopause est, certes, un changement, mais elle n'est pas un passage de la vie à la mort, ou à une vie de mort-vivante » (1991 : 39). Au-delà des modifications qu'elle induit, la ménopause peut être une période enrichissante et l'occasion d'une renaissance : « la chrysalide du fonctionnement s'est rompue une fois pour toutes. La femme est enfin prête à émerger » (Greer 1991 : 321). Greer invite alors à concevoir la ménopause comme une étape positive qui libère la femme d'âge mûr de la reproduction, lui permet de transcender ce corps qui était sa valeur principale aux yeux des autres et de se libérer de leurs attentes.

Ainsi, les féministes américaines se sont énergiquement battues contre la stigmatisation des femmes ménopausées et ont contribué à donner une valeur positive à la ménopause. La situation en Europe fut quelque peu différente, la médicalisation de la ménopause ayant été peu contestée par la majorité des féministes européennes (Löwy et Gaudillière 2004).

En France, le discours des féministes apparaît de manière ambivalente et hétérogène. Même si elles ont protesté contre les propos sexistes tenus par certains médecins, les féministes ont aussi revendiqué la prise en charge médicale des désagréments de la ménopause et leurs critiques ont largement ménagé le traitement hormonal (Delanoë 1998a, 2006 ; Kérisit et Pennec 2001). Cela s'explique pour deux raisons. D'une part, les Françaises ont vis-à-vis des gynécologues (profession qui s'est très féminisée dans les années 60 et 70), une

plus grande confiance, ceux-ci étant perçus comme leurs alliés par le combat à leurs côtés pour la légalisation de la contraception et de l'avortement. D'autre part, les féministes françaises n'ont pas usé des questions de santé pour mettre en place des institutions autonomes ou pour en faire un terrain de contre-expertise (Löwy et Gaudillière 2004, 2006). Ainsi, contrairement aux féministes américaines qui se sont opposées à l'idée d'une infériorité biologique, en critiquant la prescription des médicaments inutiles, les féministes françaises se sont moins occupées de l'identité biologique. Elles ont davantage mis l'accent sur la discrimination, l'enjeu étant de reconnaître les besoins en santé des femmes. Dans la mesure où les manifestations relatives à la ménopause étaient souvent apparentées à des problèmes psychosomatiques, la prescription de l'hormonothérapie a été perçue, par une bonne partie des féministes, comme une victoire pour les femmes d'être parvenues à faire reconnaître ces « vraies maladies » (Löwy et Gaudillière 2004).

Simone de Beauvoir, parlant de la ménopause affirmait en 1949 : « La femme est brusquement dépouillée de sa féminité : c'est encore jeune qu'elle perd l'attrait érotique et la fécondité d'où elle tirait, aux yeux de la société et à ses propres yeux, la justification de son existence et ses chances de bonheur » (1949 : 399). Cette pensée se trouve en filigrane dans le discours de plusieurs féministes françaises des années 1970. Evelyne Sullerot parle ainsi de la ménopause comme d'une « première mort dans cette société où la beauté de la femme et son pouvoir de séduction ont donné lieu à un énorme culte privé et public » (1978 : 178). Le traitement hormonal, permettant aux femmes de garder leur jeunesse, est alors salué comme la solution qui pourrait faire reculer cette « première mort » féminine (Sullerot 1978). Aussi, après la lutte pour le droit à la contraception, à l'avortement et à la réappropriation des conditions d'accouchement, plusieurs féministes françaises ont revendiqué la médicalisation de la ménopause en dénonçant le manque d'intérêt du corps médical, pour le traitement de la ménopause, reflet de la misogynie de ses représentants (Delanoë 2006).

Ce discours n'a cependant pas été univoque, car quelques années plus tard commençait une tentative de déconstruction de la médicalisation de la ménopause dans la revue *Remue-ménage*. Les auteures, non ménopausées, affirment qu'elles ne voient pas, dans cette nuée de symptômes censés fondre sur elles à la cinquantaine, une fatalité organique, mais plutôt les ravages d'un statut social des femmes encore et toujours lié à la procréation (Delanoë 2006). S'opère alors un renversement des valeurs qui pousse les femmes à s'affirmer : « contre ceux qui ne voient que des histoires de ménopause et ceux qui nous veulent ménopausées sans histoires, affirmons l'histoire, jamais interrompue, du cycle féminin, de la naissance à la mort » (cité in Delanoë 2006 : 55). Dans cette logique, en 1986, Thiriet et Képès publient *Femmes à 50 ans*, ouvrage dans lequel elles dénoncent l'excès de médicalisation qui entoure la ménopause parce qu'il « implique de se sentir « objet » de soins obligatoires, patientes de moins en moins patientes, consommatrices de produits onéreux et mythiques vantés par la publicité » (1986 : 3). Bien que ces auteures reconnaissent l'efficacité du traitement hormonal, elles insistent beaucoup sur ses contre-indications et encouragent les femmes à garder la maîtrise de leur existence en refusant d'y recourir.

En Allemagne, les critiques féministes n'ont pas particulièrement porté sur le THS. Elles ont davantage mis l'accent sur la médicalisation (en général) et le paternalisme de la médecine, ce qui a permis d'introduire la création de nombreux centres de santé des femmes. Si certaines féministes du « cercle de travail pour la santé des femmes » (ArbeitsKreisFrauengesundheit) étaient réticentes à la généralisation des thérapies hormonales, elles ne les ont pas, pour autant, considérées comme des pratiques à déconseiller. Et, après la publication de la WHI, leur discours a davantage laissé la place à l'autonomie des femmes, à qui il faut, néanmoins, fournir une information adéquate (Löwy et Gaudillière 2006).

En Suisse, les critiques féministes à l'égard de la médicalisation de la ménopause sont surtout l'œuvre de celles qui sont aussi engagées dans la promotion des médecines dites naturelles ou douces. La ménopause est décrite comme une étape

que les femmes peuvent vivre avec sérénité si elles se réapproprient leur corps et si elles sont actrices de leur santé. Mais, les thérapies hormonales ne sont pas totalement rejetées et c'est davantage leur prescription massive qui est critiquée (Nissim 1994).

Au Cameroun, le discours féministe porte principalement sur la dénonciation des injustices dont les femmes font l'objet au quotidien : harcèlement sexuel, violences conjugales, accès à la scolarisation, mutilation féminine (surtout dans la partie septentrionale du pays). Les aspects liés à la ménopause, peu visibilisée, ne sont donc pas évoqués et ne font pas partie des motifs de lutte.

## **VII. 2. LES PARTISANS DES MÉDECINES DITES « NATURELLES »**

Les médecines dites alternatives ou douces s'insurgent contre la définition de la ménopause comme maladie carencielle en invitant à la considérer comme une étape normale de la vie : « durant des années, la médecine allopathique a traité la ménopause comme une maladie causée par une déficience hormonale au lieu de la considérer comme une période de transition tout à fait normale » (Copeland Ryneveld 1999 : 3). Elles reconnaissent que les taux d'hormones diminuent à la ménopause, mais ne cherchent pas à modifier cet état de fait. Elles ne s'engagent donc pas dans une stratégie de remplacement, mais visent plutôt à soutenir le corps tout entier dans cette période de transition et invitent les femmes à s'adapter à cette nouvelle réalité (Nissim 1994 ; Copeland Ryneveld 1999 ; Lepine et Ruellens 2002). À l'approche dissociée mise en place par la biomédecine, ces médecines opposent une approche holiste.

Pour remédier aux troubles ménopausiques, les médecines alternatives prônent alors une éducation sanitaire basée sur une modification des attitudes alimentaires et des habitudes de vie (par exemple adopter une alimentation riche en phytohormones avec des aliments tels que le soja, les légumes, les céréales...), une meilleure gestion du stress, de l'exercice physique, des méthodes de relaxation, de

l'acupuncture et de l'homéopathie. Chacune des ces actions correctrices aura une résonance particulière sur la préservation de l'équilibre et de la santé du corps (Lepine et Ruellens 2002 ; Copeland Ryneveld 1999).

L'ouvrage de Nissim (1994), *La ménopause. Réflexions et alternatives aux hormones de remplacement*, semble très édifiant à ce propos. Membre historique du Mouvement de Libération des Femmes (MLF) à Genève<sup>22</sup>, Nissim propose dans cet ouvrage une liste assez exhaustive de solutions pouvant permettre aux femmes de venir à bout de leurs troubles ménopausiques. L'auteure reconnaît, cependant, que les réponses proposées ne sont guère efficaces pour toutes les femmes, la naturopathie requérant plus d'engagement pour les femmes que l'allopathie, en l'occurrence au niveau de l'alimentation et de l'hygiène de vie. Dès lors, le recours à l'hormonothérapie n'est pas refusé par principe. Les femmes peuvent y recourir de manière temporaire, en tenant compte des contre-indications et en s'assurant de bénéficier d'un bon suivi médical.

Au Cameroun, si mon matériel ethnographique montre que les recours non-conventionnels procurent une prise en charge ménopausique différente de celle proposée par la biomédecine, il n'existe, cependant, pas une littérature pouvant me permettre de mettre en relief leur vision de l'arrêt des règles.

---

<sup>22</sup> Rina Nissim est la créatrice du Dispensaire des femmes à Genève dans les années 1978. Elle milite pour la réappropriation du corps des femmes par elles-mêmes en leur apprenant à le connaître, à l'observer et à le soigner en s'investissant elles-mêmes. Le dispensaire est orienté vers les soins naturels pour les femmes de toute tranche d'âge. Ces soins sont assurés par des soignantes de formation ou non.

## **Conclusion**

Depuis quelques décennies, la ménopause a fait l'objet d'une médicalisation croissante. La création d'une nosologie (l'expression ménopause), des symptômes et de leur diagnostic, la mise en route des traitements et des études épidémiologiques, sont autant d'éléments qui ont permis à la profession médicale de consolider ses acquis et d'asseoir sa légitimité quant à la pathologisation de cette étape naturelle du cycle reproductif féminin.

La littérature présente une remarquable continuité dans le discours médical depuis la médecine préscientifique jusqu'à nos jours. Que ce soit avec le modèle humoral qui stipule que le sang menstruel ne s'écoule plus et empoisonne le corps de la femme, la rendant ainsi dangereuse pour autrui et pour elle-même, ou avec le modèle biomédical centré sur la carence hormonale, la ménopause est progressivement passée d'une étape naturelle de la vie à une source de pathologies nécessitant une thérapie. Ce faisant, la médecine considère la ménopause comme un phénomène biologique aux contours immuables avec des manifestations invariables pour toutes les femmes. L'accent est ainsi mis sur les symptômes qui accompagnent cette transition et conditionnent l'expérience ménopausique, instaurant une véritable « détermination du sort par l'anatomie » (Zola 1990). Au-delà de cette pathologisation, la médicalisation de la ménopause implique aussi un processus de biologisation de cet événement du cycle de vie féminin, reflet d'une prétendue nature qui rendrait particulièrement la femme vulnérable à ce moment-là. Ainsi, les difficultés affrontées par les femmes d'âge mûr sont complètement décontextualisées et entièrement ramenées au phénomène biologique qu'est l'arrêt du fonctionnement ovarien et à ses conséquences sur le corps de la femme.

La médicalisation de la ménopause s'insinue progressivement dans le tissu social à travers les conversations dans la sphère privée et à travers les commentaires, les critiques ou les recommandations quant à la gestion de cette étape de la vie. À l'insu des acteurs ou avec leur consentement, les référentiels utilisés pour décrire

ce phénomène se sont profondément modifiés. Mais, le stéréotype de la femme ménopausée – dépeint par Wilson et faisant écho aux écrits de Prosper Louis de Gardanne – est toujours prégnant, de nos jours, dans le discours biomédical ambiant. Il met en exergue la notion de corps à risque, de fin de la jeunesse, de la féminité et de la sexualité.

La volonté de contrer ce processus de médicalisation s'est beaucoup exprimée à travers les discours, les ouvrages et articles scientifiques des chercheurs en sciences sociales, de certaines féministes et des partisans des médecines alternatives. Ces trois groupes remettent clairement en question la construction de la ménopause comme maladie carencielle et fournissent des interprétations alternatives qui présentent d'autres visions de ce phénomène.

Sachant que les représentations des femmes concernant la ménopause ne se réduisent pas à celles fournies par les différents modèles existant (Kaufert 1982), il s'agira, dans la suite du travail, de savoir ce que pensent les femmes interviewées de l'arrêt des règles. Comment se représentent-elles leur corps à la ménopause ? À quels procédés recourent-elles pour gérer les changements corporels qui surviennent à cette période ? Mais, avant d'apporter des réponses à ces questions, je vais d'abord présenter ma démarche méthodologique et le contexte dans lequel les informations obtenues s'insèrent.



# **CHAPITRE III : MISE EN CONTEXTE ET ETHNOGRAPHIE**

## **DES TERRAINS D'ÉTUDE**

Comme l'affirment Leservoisier et Vidal (2007), le travail de terrain renvoie non seulement à une expérience personnelle et relationnelle, mais aussi à un art qui repose sur les intuitions et les qualités humaines du chercheur. Compte tenu de cette dimension subjective, l'exercice réflexif est depuis quelques décennies ancré dans les mœurs des anthropologues. Dans cette logique, présenter le travail de terrain, en tant que l'un des socles fondamentaux de l'anthropologue, ne se réduit plus au recueil du matériel ethnographique. Cela consiste aussi à redéfinir comme matériau potentiel les événements qui prennent place lors de l'enquête, à expliciter les différentes négociations qui ont pu conduire ou non à la récolte des informations et qui peuvent orienter la production des résultats ainsi que leur analyse. Ce chapitre présente donc la méthodologie, les outils qui ont été mis en place pour recueillir les informations ainsi que les difficultés rencontrées. Mais, je commencerai, au préalable, par une contextualisation des deux terrains dans lesquels le travail a été réalisé. Puis, dans un deuxième temps, j'exposerai les modalités, les dispositifs de l'enquête, et les caractéristiques des personnes interviewées. Enfin, dans la troisième et dernière section, je décrirai la méthode utilisée pour analyser le matériel ethnographique récolté.

### **I. DESCRIPTION DES CONTEXTES D'ÉTUDE**

Ma recherche ethnographique a été menée dans deux milieux urbains à savoir, à Lausanne, en Suisse et à Yaoundé, au Cameroun. Lausanne est la cinquième plus grande ville de Suisse et la capitale du canton de Vaud. Elle abrite de nombreuses institutions, de grandes écoles et une université. Les communes environnantes (Renens, Prilly, Pully, Lutry...) d'où vient une partie de mes interlocutrices sont

souvent considérées comme faisant partie de cette ville. Yaoundé, quant à elle, est la capitale politique du Cameroun et le chef-lieu de la province du Centre. Elle est la deuxième plus grande ville du Cameroun, après Douala (la capitale économique) et abrite la plupart des institutions importantes du pays, de nombreuses grandes écoles et universités.

Dans ces villes et dans les deux pays, en général, les femmes ne bénéficient pas d'une situation sociale et économique analogue, les systèmes de santé sont différents et la ménopause n'y occupe pas le même statut.

### **I.1. SITUATION ÉCONOMIQUE, SOCIALE ET CULTURELLE DES FEMMES**

#### *Au Cameroun*

Le Cameroun connaît une crise économique sévère depuis les années 80 (Unicef 2002). Le taux de croissance est généralement bas. Le secteur agricole, principal pourvoyeur d'emplois et de revenus connaît des difficultés accentuées par la chute des cours mondiaux des produits de rente (cacao, café, coton) et le secteur industriel, confronté à la libéralisation de l'économie, est tout aussi en difficulté. L'Indicateur de Développement Humain (IDH) est de niveau intermédiaire, mais se rapproche de plus en plus des pays à faible développement humain (Unicef 2002). Plus de la moitié des Camerounais (50.5%) sont qualifiés de pauvres ; 31,4% appartiennent à la tranche intermédiaire et 18,1% sont considérés comme riches selon l'ECAM (1996). Sur le marché du travail, la récession économique a rétréci les perspectives d'emploi. Il existe alors une forte disproportion entre une offre réduite d'emplois salariés et une demande de plus en plus grande. Yaoundé, comme d'autres villes du pays connaît alors un fort taux de chômage (Unicef 2002).

Pour ce qui est de la situation sociale des femmes<sup>23</sup>, elle est différente selon les sous-groupes culturels et les grandes régions du pays : le Grand-Nord (les provinces de l'Extrême-Nord, du Nord et de l'Adamaoua), l'Ouest (les provinces de l'Ouest, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest) et le Sud géographique du pays (les provinces du Littoral, du Centre, de l'Est et du Sud). En effet, au Grand-Sud, les femmes ont un statut un peu plus élevé que dans les savanes, les peuples forestiers n'étant pas organisés autour d'un pouvoir central, détenu uniquement par les hommes, comme dans le Grand-Nord et l'Ouest<sup>24</sup>. Ma recherche portant sur la partie Sud du pays, je vais uniquement m'attarder sur celle-là.

Dans le Grand-Sud, historiquement, les femmes doivent gagner leur place dans la société par leur fécondité et leur travail dans la sphère privée. La division sexuelle du travail régit les rapports entre conjoints, entre hommes et femmes. Les tâches ménagères, l'éducation et les soins portés aux enfants sont assumés par les femmes, y compris celles qui ont un emploi, tandis que les hommes se consacrent aux activités tournées vers l'extérieur, professionnelles et salariales surtout. C'est alors aux hommes qu'il revient d'assumer les charges du ménage (dépenses liées aux soins de santé et à la scolarité des enfants, au loyer, à l'alimentation...), mais les femmes ayant désormais accès au monde du travail, n'en sont pas toujours exemptes.

Aujourd'hui, si la division du travail continue de régir une frange importante des rapports hommes-femmes, la situation sociale des femmes connaît cependant de fortes mutations surtout dans les villes, en raison de l'influence des civilisations étrangères, occidentales notamment. Depuis les années 80, un certain nombre de

---

<sup>23</sup> Par manque de littérature, les propos tenus dans cette sous-section relèvent davantage de mes observations et de ma connaissance du contexte camerounais.

<sup>24</sup>. On peut, par exemple, voir que dans le Grand Nord, les jeunes filles sont très vite données en mariage, ce qui n'est pas le cas pour celles du Centre et du Sud. Au Nord du pays et à l'Ouest, les femmes ne peuvent être ni chef de famille ni propriétaire terrien ou héritière de biens fonciers (ou alors ce sont des cas rares), alors que dans le Grand Sud, elles sont souvent appelées à exercer ces fonctions. Dans la ville de Yaoundé, par exemple, le chef supérieur des Ewondo (populations autochtones) est une femme.

lois ont été votées par l'Assemblée Nationale en faveur des femmes, parmi lesquelles l'élimination de toutes formes de discriminations, la légalisation de la contraception, l'égalité des droits entre les femmes et les hommes instituée dans plusieurs domaines tels que l'éducation et le travail<sup>25</sup>. Mais, il existe un écart entre la théorie et la pratique et on peut encore relever de nombreuses violences faites aux femmes dans la sphère privée (violences conjugales) et dans la sphère professionnelle (harcèlement sexuel). Néanmoins, dans les villes de la partie sud du pays, les femmes connaissent une amélioration de leur statut dans la société. Elles sont reconnues comme des moteurs de développement, autant par la société civile que par l'Etat. Elles ne sont plus confinées dans les activités non lucratives de la sphère domestique. Elles ont accès à la scolarisation, au monde du travail et peuvent même occuper des hautes fonctions dans l'administration publique ou privée. La proportion des ménages ayant pour chef les femmes est aussi en augmentation, les femmes pouvant choisir d'élever seules leurs enfants. Sur le plan matrimonial, elles peuvent opter pour le célibat, choisir leur époux et prétendre au divorce si elles ont une indépendance financière. Les relations avec les époux sont, cependant, encore empreintes d'une forte domination masculine tel que nous le verrons en abordant les questions relatives à la sexualité.

Dans leur recherche d'émancipation, les Camerounaises, particulièrement celles du Grand-Sud, ont aujourd'hui le goût de la vie publique soutenu par quatre valeurs qui sont l'école, le travail salarié, l'argent et la politique. Dans cette partie du pays, on dénombre encore de nombreux analphabètes, mais les taux de scolarisation des femmes sont assez proches de ceux des hommes (Unicef 2002). Cependant, à cause des grossesses adolescentes, précoces et non-désirées, de nombreuses filles sortent assez vite du circuit scolaire. Moins instruites, elles ont souvent peu de chance de trouver un emploi qualifié. Sur le marché du travail, les femmes sont donc moins

---

<sup>25</sup>Un ministère de la condition féminine a été créé au Cameroun en 1984 et le gouvernement a souscrit aux accords de la Plate-forme de Beijing (4ème conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes) en 1995.

présentes que les hommes (Unicef 2002). Mais, conscientes du fait qu'aujourd'hui l'indépendance financière améliore le statut au sein de la famille et de l'entourage, de nombreuses femmes exercent un métier, comme travailleuses indépendantes. En effet, à Yaoundé, comme dans les autres villes de la région forestière, il est de plus en plus répandu que les hommes ne voudraient plus épouser des « consommatrices », c'est-à-dire celles qui n'ont aucune activité productive. Cela s'explique, selon moi, pour deux raisons : 1) l'appauvrissement croissant, la perte massive d'emplois et la baisse des salaires que subissent les conjoints les contraignent à compter de plus en plus sur les revenus apportés par les femmes pour la survie du ménage ; 2) une femme qui a un revenu est potentiellement indépendante de son conjoint. Elle peut répondre à plusieurs de ses besoins personnels ou à ceux des membres de sa famille (soins de santé ou corporels, éducation, alimentation, habillement...) et contribuer aux charges du ménage, laissant ainsi la possibilité au conjoint de disposer de sa rémunération salariale selon ses désirs. Petit commerce, coiffure, aides-familiales sont autant de métiers où l'on voit les femmes peu qualifiées exercer, pour se valoriser, se rendre autonome et augmenter leur estime auprès de l'entourage. La situation de plusieurs femmes reste néanmoins très précaire. En l'absence d'un Etat social, elles sont assez souvent dépendantes du conjoint ou compagnon, de leur famille ou des amis.

Agées en majorité de plus de cinquante ans, mes interlocutrices n'ont probablement pas entièrement bénéficié de ces conditions de vie actuelles dans leur jeunesse, mais on remarquera qu'elles se sont vite adaptées aux changements en s'engageant dans de nombreuses activités non seulement familiales, mais aussi sociales et professionnelles leur permettant d'acquérir une certaine indépendance ou autonomie.

Sur le plan politique, depuis la période coloniale, les femmes occupent une place déterminante. Pendant cette période, tous les hommes valides ayant été astreints aux travaux forcés, il ne restait plus que les femmes dans les villages pour assurer la

survie et la sauvegarde de la famille et gérer les affaires publiques, fonctions jusque-là réservées aux hommes. Après avoir joué un rôle si important, les Camerounaises n'ont pas accepté de regagner l'ombre après l'indépendance. Ainsi, par exemple, le droit de vote leur a été reconnu tout naturellement dès cette période, au même titre que les hommes. En 1960, année de l'indépendance du Cameroun, on voit déjà des femmes accéder aux postes de député et de vice-ministre (Unicef 2002). Aujourd'hui, bien que moins nombreuses que les hommes, elles sont plusieurs à s'engager dans la politique et à occuper des hautes fonctions dans le gouvernement camerounais.

Sur le plan culturel, Yaoundé est à l'image du pays, composée d'une grande diversité culturelle. Les Ewondo, l'un des plus importants groupes Beti, en sont les autochtones, mais elle est aujourd'hui une ville à composition pluriethnique. Sa population vient non seulement de plusieurs régions du pays, mais aussi des pays étrangers (pays d'Afrique, d'Europe, d'Amérique, d'Asie). Il existe alors une forte mixité culturelle qui concourt à la modification des us et coutumes autochtones.

#### *En Suisse*

En Suisse, les individus vivent dans de conditions économiques bien différentes de celles des Camerounais. L'économie de la Suisse est parmi les plus prospères d'Europe. Après avoir connu de 2004 à 2007, une période de forte et de longue croissance, elle est aussi affectée aujourd'hui. En effet, du fait de la crise financière internationale, l'économie suisse s'est aussi fortement contractée. Cependant, le taux de chômage reste faible et les populations ont toujours un bon niveau de vie (OCDE 2006 ; OFS 2012). Il existe, certes, des inégalités entre les différents groupes sociaux, mais le taux de personnes vivant sous le seuil de pauvreté reste bas, soit 7,8% en 2010, les groupes les plus exposés étant les familles monoparentales et les personnes ayant un faible niveau de formation (OFS 2012).

La situation des femmes, en Suisse, est tributaire de l'impulsion donnée par les mouvements féministes revendiquant des transformations fondamentales dans les

rapports entre les sexes. L'adhésion des Etats occidentaux aux chartes de convention sur les Droits de l'Homme (égalité des chances et des droits, interdiction des discriminations de toutes sortes) a contribué à améliorer le statut des femmes (Roux et al 1999 ; Vuaginaux 2007). En Suisse, comme dans les pays européens environnants, l'égalité des droits entre les femmes et les hommes est promue dans la famille et dans l'espace public. Néanmoins, les pratiques discriminatoires de même que les inégalités subsistent dans de nombreux secteurs de la vie sociale. Il existe ainsi un écart entre une attitude égalitaire, faite de discours et d'intentions, et des pratiques concrètes (Roux et al 1999).

En effet, dans la sphère privée, la violence envers les femmes apparaît assez souvent sous forme physique ou symbolique (Roux et al 1999). La baisse du taux de natalité (grâce à la légalisation de la contraception et de l'avortement), l'augmentation du nombre de divorces et de familles monoparentales permettent de relativiser l'importance de la famille nucléaire. Mais, celle-ci reste fort répandue et imprègne le quotidien d'une bonne partie de la population. Dans ces familles, comme dans la plupart des couples d'ailleurs, Roux et al (1999) relèvent que la division sexuelle du travail y est toujours de rigueur. Et, avec ou sans activité professionnelle, les femmes portent l'essentiel des travaux domestiques dans la plupart des couples que ces auteurs ont interviewés à Lausanne et Genève.

Sur le plan professionnel, l'insertion sur le marché de l'emploi reste davantage précaire pour les femmes que pour les hommes. Les femmes occupent généralement les postes moins valorisés, moins bien rémunérés que ceux des hommes. À temps de travail égal et souvent à qualifications égales, elles gagnent moins que ces derniers. Elles sont plus nombreuses à travailler à temps partiel et connaissent davantage de discontinuités dans le parcours professionnels. Elles sont moins présentes dans les postes de responsabilité et plus touchées que les hommes par le chômage ou le sous-emploi (Roux et al 1999 ; Vuaginaux 2007 ; OFS 2012).

Néanmoins, comparée aux Camerounaises, les Suissesses bénéficient de deux facteurs qui concourent à rendre leur situation sociale meilleure. Premièrement, il s'agit de l'école obligatoire qui comprend le cycle primaire et une partie du secondaire et constitue la base du système scolaire suisse. Cette mesure permet ainsi aux femmes d'échapper à l'analphabétisation. Deuxièmement, l'existence d'un Etat social qui fournit des moyens financiers et un certain nombre de prestations aux individus permet aux Suissesses qui se trouvent en situation de précarité d'avoir un minimum vital garanti.

Sur le plan politique, au niveau fédéral, la Suisse est l'un des derniers pays à avoir accordé le droit de vote aux femmes, en 1971, à la suite d'importants mouvements de revendication. Aujourd'hui, les femmes sont assez présentes dans plusieurs instances politiques, autant au niveau fédéral, cantonal que communal, mais elles le sont moins que les hommes (SPPE 2011 ; OFS 2012).

Au niveau culturel, la Suisse, comme le Cameroun, est un pays d'une grande diversité. De plus, elle connaît un important flux migratoire. En effet, l'OFS (2012), chiffre la population résidente permanente du canton de Vaud à 713.281 personnes dont 220.929 étrangers. Les statistiques de Lausanne et des communes environnantes n'y sont pas spécifiées, mais en tant que capitale du Canton de Vaud, cette mixité culturelle y est probablement suffisamment représentée. Lausanne est alors, comme Yaoundé, une ville plurielle, bien qu'on puisse relever de nombreuses différences entre les deux.

En effet, le flux migratoire de Yaoundé résulte principalement de l'exode rural (déplacement des populations des zones rurales vers les zones urbaines). Il est davantage régional (populations venant de plusieurs régions du pays), mais il comprend aussi, de plus en plus, des populations des pays africains limitrophes, des pays occidentaux (Europe et Amérique) et asiatiques (particulièrement la Chine). La société yaoundéenne n'est donc pas exempte de tout emprunt. Aujourd'hui, l'endogène, le local cohabitent avec l'exogène et s'adaptent à la contemporanéité.

Les phénomènes d'urbanisation, d'exodes rural et urbain poussent à parler de plus en plus de modernité, un « moderne venu d'ailleurs, et un ailleurs camerounais et non camerounais » (Mbondji Edjenguèlè 2009 : 107). Dans ce sens, les modèles occidentaux circulent donc aussi au Cameroun.

En revanche, à Lausanne, en Suisse, comme dans plusieurs autres pays occidentaux, les migrants arrivent davantage de loin, en quête d'une meilleure situation sociale, d'un lieu pour s'établir. Le déséquilibre entre le Nord et le Sud, quant à l'accès aux ressources économiques, les bouleversements géopolitiques et bien de processus de globalisation peuvent l'expliquer (Rossi 2003). À des degrés différents et avec des implications qui varient selon les contextes, les rencontres et les interactions entre des individus de cultures diverses concourent à une circulation de savoirs et de référentiels culturels.

## **I.2. LE SYSTÈME DE SANTÉ**

Selon Rossini et Legrand-Germanier (2010), le système de santé englobe les biens et services médicaux, paramédicaux, de thérapie et de prise en charge, permettant de soigner les malades, de protéger les personnes contre les maladies ou les accidents, de préserver les individus en bonne santé. Il articule ainsi les aspects curatifs et préventifs de la promotion et de la protection de la santé. En termes de financement et de gestion des soins, de structures ou de personnels médicaux, de biens fournis, il existe bien des différences entre la Suisse et le Cameroun.

### ***I.2.1. Financement et gestion des soins***

Le système de santé suisse, bien que relevant de la charge du Département fédéral de l'Intérieur est éclaté en vingt-six sous-systèmes qui correspondent aux vingt-six cantons ou demi-cantons. Mais, en dépit des différences que l'on peut observer entre ces nombreux cantons, il existe une loi fédérale qui institue les principes fondamentaux du système suisse de santé : la LAMal (la nouvelle loi sur l'assurance

maladie). Cette loi a subi des modifications au cours des décennies. En effet, c'est en 1911 qu'a été votée la première loi sur l'assurance maladie et accident (LAMA). Celle-ci était facultative, mais aussi moins généreuse. Cinquante ans plus tard, quelques améliorations ont été apportées dans le catalogue des prestations fournies, mais l'assurance maladie est restée facultative. Enfin, en 1994, a été révisée et en 1996, est entrée en vigueur la loi sur l'assurance maladie, dans sa version actuelle (Rossini et Legrand-Germanier 2010).

Les modifications introduites par la LAMal sont nombreuses. En l'occurrence, on trouve, en termes de solidarité, le principe de l'obligation de l'assurance pour toute la population et l'instauration des primes uniformes, par caisse ou par canton, pour toutes les catégories d'assurés. Cependant, au sein de chaque caisse maladie, on distingue les prix en fonction de l'âge des assurés : une pour les enfants de moins de 18 ans, une autre pour les jeunes de 19 à 25 ans et une, enfin, pour les personnes âgées de plus de 25 ans. La LAMal instaure aussi le principe de compensation des risques entre assureurs et le système de subvention pour les personnes et les ménages à revenu modeste. La Suisse applique le principe de primes par tête, c'est-à-dire estimées indépendamment de la situation économique de l'individu. La Confédération et les cantons supportent une part des coûts, mais les individus paient aussi une franchise et une quote-part sur les prestations qu'ils ont reçues. Il existe différents niveaux de franchise et l'on distingue l'assurance obligatoire de base et les assurances complémentaires, qui restent facultatives (Rossini et Legrand-Germanier 2010).

En remboursant un certain nombre de frais médicaux, ce système d'assurance maladie peut être perçu comme un gage de solvabilité. Il permet alors à des franges importantes de la population de bénéficier de nombreuses prestations en matière de santé, ce qui n'est pas le cas au Cameroun.

Au Cameroun, en effet, il n'existe pas de système d'assurance maladie, à l'exception de quelques entreprises privées qui prennent en charge les frais de santé de leurs

employés. Généralement, ces entreprises signent des accords avec certains établissements privés de soins pour la prise en charge de leurs employés. La gratuité des soins n'existe donc pas pour la plupart des Camerounais, qui paient les frais des soins médicaux dont ils ont besoin, le plus souvent avant de les recevoir. Ces frais varient selon les établissements médicaux (public ou privé, à but lucratif ou non lucratif).

Les coûts importants de la santé au Cameroun sont assurés aujourd'hui par un financement diversifié : l'Etat (principalement le ministère de la santé publique), les individus, par le paiement direct, les Organisations Non-Gouvernementales (ONG), l'aide extérieure et certaines sociétés privées en sont autant de pourvoyeurs de fonds (Beyeme Ondoua 2002).

### ***1.2.2. Structures de santé et démographie médicale***

Le système de santé Suisse est organisé, comme dans la plupart des pays, autour d'un secteur privé et public ou subventionné. Le pays compte, en 2003, 134 hôpitaux privés dont 12 dans le canton de Vaud et 220 hôpitaux publics, parmi lesquels 23 dans le canton de Vaud (OFS 2005). Dans cette énumération, des statistiques spécifiques pour Lausanne ne sont pas disponibles, mais le site de la ville montre qu'elle comprend cinq hôpitaux dont un hôpital universitaire, six permanences médicales, quatre permanences dentaires, cinq cliniques privées et de nombreux cabinets médicaux.

L'offre et la qualité des prestations sont d'un très bon niveau en Suisse, de même que le ratio personnel médical-habitants (un médecin pour 250 habitants). En 2010, l'OFS (2012) estime la population résidente permanente à 7.870.134 personnes. 116.249 infirmiers et sages-femmes (OMS 2011) et 30.849 médecins sont au service de cette population générale (Kraft 2012). Plus de la moitié de ces médecins (52,6%) exercent en ambulatoire, 45, 7% dans le secteur hospitalier et 1,7% dans un autre secteur (par exemple assurance, association...). Selon Kraft, le nombre des médecins

est en augmentation régulière et, ces dernières années, cette progression a été plus rapide chez les femmes (4.3% par rapport à 2010) que chez les hommes (0.6% dans la même période). La répartition des médecins par canton ou par spécialisation n'est pas précisée. Cependant, les données de l'OBSAN (2007) plus anciennes, montrent qu'il existait 1037 gynécologues en 2004, sur les 15.942 médecins que comptait la Suisse. Leur proportion a probablement aussi augmenté jusqu'en 2011.

Au Cameroun, le système de santé est aussi organisé autour des secteurs public et privé, à la différence que ce dernier secteur comprend les établissements de soins à but non lucratif animés par des initiatives à caractère confessionnel ainsi que les ONG, et les services à but lucratif, représentées par les cliniques privées.

Les établissements de soins dans le secteur public sont organisés en plusieurs niveaux. Au niveau local se trouvent de centres de santé qui procurent les soins de santé primaire pour les maladies courantes ; puis, dans chaque district ou département, se trouvent des hôpitaux de districts qui constituent la première référence pour les centres de santé ; enfin, au niveau provincial, se trouvent les plus grands hôpitaux du pays, hôpitaux régionaux, centraux et généraux comprenant des services et des soins spécialisés et procurant les soins les plus pointus. Le pays compte aujourd'hui, dans le secteur public, 1802 centres de santé, 164 hôpitaux de districts, 12 hôpitaux régionaux, 6 hôpitaux centraux, 4 hôpitaux généraux et trois hôpitaux militaires (Ministère de la Santé Publique 2011). À ces structures, il faut aussi ajouter des PMI (protection Maternelle Infantile<sup>26</sup>), des infirmeries et les 18 centres médico-sociaux des ministères de l'éducation.

Dans le secteur privé, les établissements confessionnels (catholiques et protestants) sont majoritaires. Les congrégations religieuses détiennent 489 centres de santé, 123 hôpitaux et 12 cliniques privées. On compte aussi 10 ONG dans ce secteur privé à but non lucratif. Le secteur privé à but lucratif, quant à lui, comprend 5 centres de

---

<sup>26</sup> Les PMI s'occupent surtout des consultations prénatales, du suivi de la croissance des bébés et des enfants en bas-âge.

santé, 32 hôpitaux, 76 cliniques privées auxquels il faut ajouter de nombreux cabinets médicaux, des infirmeries : d'entreprises, militaires, scolaires et de la police (Ministère de la Santé Publique 2011).

Ces structures de santé sont inégalement réparties dans les 10 provinces du pays. Ainsi, la province du Centre, dont le chef-lieu est Yaoundé, comprend à elle seule 365 centres de santé, 3 centres médico-sociaux, 10 cliniques et 85 cabinets médicaux, 25 hôpitaux privés, 28 hôpitaux de districts, 5 hôpitaux centraux dont un hôpital central et un hôpital universitaire à Yaoundé, 3 hôpitaux généraux (tous à Yaoundé), plusieurs PMI dont une PMI centrale et des PMI locales à Yaoundé.

Pour ce qui est du personnel de santé, de prime abord, on constate que le ratio personnel-patient n'est pas aussi satisfaisant qu'en Suisse. Le Cameroun compte, en 2011, 1842 médecins, parmi lesquels 422 spécialistes<sup>27</sup> et 18.954 infirmiers pour une population de 19.406.100 habitants en 2010 (Ministère de la Santé Publique 2011). La distribution de ce personnel médical est tout aussi inégale que celle des structures de santé. Ainsi, la seule province du Centre compte plus du tiers des médecins, soit 692 dont 192 spécialistes et près du quart des infirmiers, soit 4512, pour une population de 3.525.664 habitants (Ministère de la Santé Publique 2011). Le ratio d'un médecin pour 5094 habitants et d'un infirmier pour 781 personnes semble alors convenable dans cette partie du pays, eu égard aux normes de l'OMS (1 médecin pour 10.000 habitants, un infirmier pour 5000...). Par ailleurs, sachant que la plupart des professionnels les mieux qualifiés exercent en milieu urbain, on peut supposer que Yaoundé, en tant que capitale politique du pays, détient une proportion de personnels médicaux plus élevée que partout ailleurs dans la province.

Il est aussi important de souligner qu'au Cameroun, contrairement à ce que l'on observe en Suisse, le rôle des infirmiers ne se limite pas à l'administration des soins

---

<sup>27</sup> Des proportions n'ont pas été données pour les différentes spécialisations. Les gynécologues autant que d'autres spécialistes s'y retrouvent, mais de manière imprécise.

sur prescription ou conseil médical. Leur fonction s'étend souvent au-delà de cette tâche : bien que leur statut soit inférieur à celui des médecins, ils peuvent être autonomes, diagnostiquer et prescrire, particulièrement dans les centres de santé. Aussi ne requiert-on pas toujours la présence de médecins pour traiter les maladies courantes ou bénignes qui sont prises en charge dans ces centres : paludisme, problèmes gastriques ou intestinaux bénins, rhume, toux, fièvres, rhumatismes ou douleurs articulaires, maladies infantiles, rougeole, varicelle... Pour éviter les tracasseries dans les grandes structures hospitalières (temps d'attente plus long, égarements dans de grands bâtiments avec de nombreux pavillons ou étages...) et la cherté des frais médicaux, un nombre important de Camerounais consulte en premier recours dans ces établissements où les coûts sont modérés, les horaires suivis, les règles de fonctionnement assez claires et l'ordre d'arrivée des patients plus respecté que dans les établissements du secteur public. Dans la ville de Yaoundé, plusieurs de ces centres disposent, néanmoins, de médecins généralistes ou de spécialistes dont les services et les qualifications sont requis pour les cas qui paraissent complexes. Généralement, ceux-ci sont principalement employés par les hôpitaux du secteur public et exercent à temps partiel dans les centres de santé.

### ***1.2.3. L'approvisionnement en médicaments***

Le marché du médicament constitue en Suisse un secteur économique puissant et toujours en croissance. À l'intérieur du pays, l'industrie pharmaceutique est considérée comme un « colosse » car elle pèse lourd dans le monde de la finance helvétique : Novartis est devant Nestlé et l'UBS la société suisse la plus capitalisée (Godet 2006). Avec 90% de produits fabriqués en Suisse exportés, elle figure parmi les premiers exportateurs de médicaments. La sécurité des produits en termes d'admission des préparations sur le marché, de surveillance des acteurs impliqués dans la production et la distribution des médicaments, et leur accessibilité pour les personnes qui en ont besoin en termes de remboursement par les assurances

sociales, constituent les conditions fondamentales du marché des médicaments suisse (Hunkeler 2006).

Les médicaments consommés en Suisse sont pour une partie fabriqués en Suisse l'autre partie provenant principalement des pays européens comme l'Allemagne, au premier rang des fournisseurs depuis plus de 10 ans, l'Italie, l'Espagne, la France, l'Autriche, le Royaume-Uni. Une masse importante des médicaments est aussi approvisionnée par les Etats-Unis et le Canada (Hunkeler 2006). Pour préserver le consommateur des risques d'automédication, la plupart des médicaments disponibles est soumise à prescription médicale. La vente des médicaments se fait dans les pharmacies, drogueries et dans certains cantons alémaniques auprès des médecins (dits « dispensateurs »). Mais, il n'est pas exclu que certaines personnes s'en procurent sur Internet, par correspondance, malgré les risques que cela peut comporter (Rossini et Legrand-Germanier 2010). En 2006, la Suisse disposait de 1692 pharmacies d'officine dont 240 dans le canton de Vaud (pharmaSuisse 2006).

Au Cameroun, peu de pharmaciens fabriquent des médicaments. La plupart se ravitaillent auprès des firmes de distribution locales ou commandent directement auprès des laboratoires étrangers. L'accès aux médicaments n'est donc pas toujours aisé.

Au départ, la distribution des médicaments était principalement assurée par un organe gouvernemental, l'ONAPHARM. Mais il connaissait d'énormes difficultés, les prix des produits étant très élevés et le plus souvent hors de portée des malades. Pour pallier ces méfaits, le ministère de la Santé Publique, avec la collaboration de bailleurs de fonds comme l'USAID et le GTZ (Coopération allemande) a mis en place des mécanismes à faible coût. Une convention avec la Belgique et l'Union européenne a aussi été signée (Unicef 2002). Ces accords ont permis la création de plusieurs centres provinciaux d'achat qui s'approvisionnent en médicaments essentiels chez des fournisseurs extérieurs et les distribuent aux officines et propharmacies.

Le pays compte 194 pharmacies, dont plus du quart (54) se trouvent à Douala, capitale économique. Yaoundé en compte 14 (Ministère de la Santé Publique 2011). Il existe d'innombrables propharmacies. Ces dernières sont des sortes d'officine implantées à l'intérieur des structures hospitalières où l'on trouve des médicaments de premier recours. Certaines propharmacies du secteur privé confessionnel se sont pratiquement transformées en petites pharmacies où l'on trouve la plupart des médicaments essentiels et du matériel médical de première chirurgie. Du fait que les congrégations religieuses bénéficient de nombreux dons, les médicaments se vendent généralement à bas prix dans leurs établissements, ce qui encourage un nombre important de Camerounais à s'y faire soigner.

Les médicaments se vendent donc principalement dans les officines et les propharmacies. Mais, parallèlement à ce circuit que l'on peut qualifier d'officiel, il existe un circuit informel de vente des médicaments qui se développe de manière exponentielle depuis plusieurs années. Ce secteur que Monteillet (2005) qualifie de « pharmacie du panier » désigne principalement l'activité des marchands ambulants sans formation de pharmacien, mais aussi les nombreuses autres boutiques qui commercialisent toutes sortes d'antalgiques et d'antibiotiques sans respect des normes. L'offre des comprimés, provenant en majorité du Nigéria, est particulièrement importante. Les consommateurs, en quête de soins et de médicaments à faible coût s'orientent de plus en plus vers ce circuit illicite. Cette vente illégale comprend, bien évidemment de nombreux risques pour la santé, car certains des produits vendus sont fabriqués sans contrôle, dans des conditions inappropriées, parfois périmés, détériorés parce qu'exposés aux intempéries et conservés de manière non réglementaire. Mais l'accessibilité à ces médicaments ne cesse de séduire les consommateurs vivant dans la précarité (Van der Geest 1987 ; Socpa 1995 ; Wogaing 2010). Par ailleurs, s'il obéit en priorité à des raisons économiques, le recours massif à la « pharmacie du panier » témoigne aussi d'une forte ambivalence à l'égard de la biomédecine qu'on accepte avec ses médicaments

tout en rejetant les contraintes diagnostiques qui entourent la pratique médicale (Jaffré et Olivier de Sardan 2003b).

#### ***1.2.4. Du pluralisme médical***

Comme l'affirme Le Breton, « le corps, la santé, la maladie sont autant d'interrogations dont la réponse n'est pas moins infinie que la question » (2008 : 107). Ainsi, en dehors de la biomédecine, il existe une multiplicité de systèmes thérapeutiques dont l'objectif est de répondre à la pluralité des besoins des individus, quel que soit leur contexte. La coexistence entre différentes formes de soins n'est pas nouvelle, mais présente néanmoins des caractéristiques inédites, grâce à la mobilité de plus en plus croissante des personnes, des savoirs, des pratiques et des techniques (Cohen et Rossi 2011). Si elle apparaît de manière transversale, elle se décline, toutefois, de manière différente selon que l'on est en Suisse ou au Cameroun.

##### *En Suisse*

En Suisse, comme dans la majeure partie des pays occidentaux, en raison de la crise de la biomédecine (menaces éthiques, explosion des coûts de santé, difficultés de maîtrise des maladies chroniques et dégénératives), les recours non-conventionnels gagnent en force, en reconnaissance et en légitimité (Laplantine et Rabeyron 1987 ; Schmitz 2006 ; Inglin et Amsler 2007 ; Le Breton 2008 ; Rossi 2011). Ils sont qualifiés au moyen de divers autres vocables comme médecines alternatives, « douces », « parallèles », « naturelles », complémentaires, hétérodoxes, holistiques, globales, « non-conventionnelles » (Laplantine et Rabeyron 1987 ; Rossi 1996 ; Cohen et Rossi 2011), qui révèlent le contexte politique et socioculturel dans lequel ils se construisent, et leur positionnement dans les systèmes de soins. En Europe aujourd'hui, on parle davantage de médecines non-conventionnelles et en Suisse de « médecines complémentaires » (Rossi 1996 ; Cohen et Rossi 2011). Cette dernière appellation résulte principalement du fait qu'en Suisse, ces médecines sont

considérées comme un complément de la médecine scientifique et universitaire, de sorte que si elles se focalisent sur les limites de la biomédecine, elles lui reconnaissent aussi son importance, ses succès, sa pertinence et sa rigueur (Rossi 1996). Dans ce contexte, il s'agit donc, en tenant compte du vécu des individus et des patients, de promouvoir une perméabilité réflexive entre ces différentes médecines sans pour autant renier leurs divergences (Rossi 1996).

Selon Laplantine et Rabeyron (1987), il n'est pas aisé de faire une classification univoque des « médecines autres » (Rossi 1996), étant donné leur nombre (environ 200 in Inglin et Amsler (2005), leur légitimité sociale (légales ou illégales), leur inscription traditionnelle (médecines anciennes ou modernes), leur constitution en corpus théorique (médecines populaires ou savantes) et leur fonctionnalité médicale (diagnostiques et /ou thérapeutiques). Ces médecines ne sont donc pas homogènes mais partagent la même vision holistique du corps et attribuent un grand pouvoir à la nature et à ses forces. (Laplantine et Rabeyron 1987 ; Schmitz 2006 ; Inglin et Amsler 2007 ; Le Breton 2008).

L'émergence des recours non-conventionnels en Europe a été significative au cours des années 1970, grâce à l'ampleur du mouvement dit rebelle et réactif des années 1968 (Rossi 1996 ; Inglin et Amsler 2007) dont les corollaires sont la contestation de l'institution médicale et la remise en question de la rationalité scientifique, incapable de répondre à l'expansion des menaces et des risques (Beck 2001). Elles adressent, en effet, plusieurs critiques à l'égard de la biomédecine en l'occurrence son caractère hypertrophique et sa brutalité due à l'utilisation de substances toxiques, de produits synthétiques et chimiques puissants, lourds, invasifs et agressifs et dont les effets sont délétères voire iatrogènes pour la santé des individus (Illich 1975 ; Laplantine et Rabeyron 1987 ; Schmitz 2006 ; Le Breton 2008).

Les recours non-conventionnels reprochent aussi à la biomédecine d'écarter l'homme malade et sa singularité des soins pour ne considérer que les processus

organiques qui se jouent en lui. Elle s'intéresse donc au corps, à la maladie et non au malade, comme si la personne souffrante disparaît et que seul le corps, l'objet, reste (Détrez 2002 ; Le Breton 2008). Le Breton parle d'une « anthropologie résiduelle » (2008 : 111) pour montrer que la biomédecine n'élabore pas un savoir sur l'homme, mais un savoir anatomique et physiologique sur le corps, où celui-ci se voit morcelé à l'extrême et où « le patient est conçu *in abstracto* comme le fantôme régnant sur un archipel d'organes, isolés méthodologiquement les uns des autres » (Le Breton 2008 : 111).

En contre pied à cette médecine qui tend à déshumaniser les soins, s'érigent ces médecines holistiques qui véhiculent les conceptions d'un corps unifié et s'efforcent de considérer l'homme dans son indissoluble unité : « l'homme est une histoire. Quatre composantes sont indivisibles les unes des autres lorsqu'on lui fait appel : les sphères physique, mentale, affective et spirituelle » (Inglin et Amsler 2007 : 32). Le corps fait partie d'un tout et la maladie devient une rupture entre l'homme et lui-même, entre l'homme et le cosmos, entre l'homme et son milieu social (Laplantine 1992). Ainsi, à une médecine centrée sur l'objectivation de la maladie, elles opposent une médecine plus humaine qui tient davantage compte de la personne et de ses ressources, de son parcours biographique, de ses habitudes alimentaires, des facteurs environnementaux, de ses affections antérieures (Laplantine et Rabeyron 1987 ; Rossi 1996).

Le facteur temps est aussi important dans la prise en charge des individus. Aux médecins trop pressés, les « médecines de la personne » (Le Breton 2008) substituent des thérapeutes qui sont à l'écoute des patients. « Les plaintes subjectives » (Schmitz 2006), l'expérience de la maladie et les perceptions du malade sont davantage prises en considération, favorisant la mise sur pied d'un traitement singulier et mieux adapté aux besoins des patients.

Les dynamiques induites par ces médecines dans les sociétés occidentales ont considérablement modifié le champ de la santé et redessiné les logiques de l'offre

et de la demande (Cohen et Rossi 2011). En Suisse, elles sont répandues et sollicitées par un public de plus en plus large : naturopathie, homéopathie, phytothérapie, aromathérapie, médecine chinoise, thérapie neurale, réflexologie, techniques énergétiques et d'autres encore sont de plus en plus répandues. Il existe désormais une multitude de façons de faire face au corps que les patients et les professionnels de toutes formes de thérapies alimentent. La problématique des médecines complémentaires est alors devenue un véritable enjeu politique (Rossi 2011). La volonté du peuple suisse de faire cohabiter la biomédecine avec d'autres pratiques médicales et soignantes a été votée en mai 2009. Plusieurs de ces pratiques médicales bénéficient dès lors d'une reconnaissance légale : les autorisations de pratiquer sont octroyées par les commissions cantonales, mais sont variables d'un canton à l'autre et suivant le type de médecine. Elles sont aussi intégrées dans plusieurs domaines du système de santé : prévention, soins ambulatoires et hospitaliers, assurances sociales. Des centres de formation sont ouverts dans plusieurs villes du pays et des cours de formation et de sensibilisation aux médecines complémentaires sont introduites dans les facultés de médecine (Rossi 2011). Le recours simultané ou successif par les malades à divers types de thérapies est, de ce fait, de plus en plus généralisé. On remarquera ainsi que les pratiques de gestion de la ménopause adoptées par les Suissesses sont plurielles. Pour de nombreuses raisons, certaines se contentent d'un seul type de médecine pour remédier aux troubles qu'elles attribuent à la ménopause. D'autres, en revanche, se réfèrent à plusieurs référentiels de techniques thérapeutiques, de manière simultanée ou consécutive.

#### *Au Cameroun*

Au Cameroun, les populations se sont toujours servies de plusieurs systèmes thérapeutiques pour faire face à la maladie et promouvoir la santé. Mais, aujourd'hui, plus qu'auparavant, la situation est complexe avec l'introduction de la biomédecine, de la médecine chinoise et la place non négligeable qu'occupent les autres médecines, appelées au Cameroun, « médecines traditionnelles ». En abrégé

MTR selon l'OMS (2002), les « médecines traditionnelles » représentent diverses approches, connaissances et pratiques qui reposent sur des théories, des croyances et des expériences propres à une culture donnée et dont l'objectif est de prévenir, diagnostiquer, traiter des maladies physiques ou mentales. Elles incluent des médicaments à base de plantes, d'animaux ou de minéraux, des traitements spirituels, des techniques manuelles et exercices, appliqués seuls ou en association (OMS 2002). Au Cameroun, autant pour l'Etat, les thérapeutes (de ces médecines mais aussi des médecins) que pour les populations, ce vocable est utilisé en référence à un savoir local, transmis d'une génération à l'autre et pour marquer une distinction avec la biomédecine, dite rationnelle et scientifique (Mbondji Edjenguèlè 2009). Elles regroupent plusieurs techniques thérapeutiques : celles issues de la médecine populaire, mais aussi celles exercées par différents thérapeutes comme ceux que décrivent Monteillet (2005, 2006) et Mbondji Edjenguèlè (2009).

Sachant que les différentes ethnies ou sous-groupes culturels ont des systèmes médicaux très différents les uns des autres, je vais particulièrement m'attarder sur les systèmes thérapeutiques des Beti, population des provinces du Sud et du Centre, d'où est menée cette étude. Je m'inspire principalement des travaux de Nicolas Monteillet (2005, 2006) sur le pluralisme médical à Nkoteng (ville située au Nord-Est de la province du Centre, à 150 km de Yaoundé), et de mes observations dans la ville de Yaoundé.

Dans le Cameroun précolonial, les représentations de la maladie chez les Beti découlent de conceptions culturelles de la nature comparables aux théories humorales de la médecine Grecque (« ver du bas-ventre ou des dents », qui cause des douleurs dans ces parties du corps, maux causés par la foudre, le soleil...). Il existe alors plusieurs catégories de maladies : celles qui sont considérées comme simples, parce que dues à des causes qualifiées de naturelles, et celles qui sont causées par la magie, la sorcellerie, les empoisonnements ou les bris d'interdits. Chacune de ces catégories de maladies implique un type de soins particuliers. Selon la nature du mal, on a recours à des thérapeutes aussi nombreux que les

*mbembala*, le *ngengan*, les *nkongan* (Monteillet 2005, 2006) dont les figures se retrouvent dans toutes les tribus beti, bien que souvent sous des dénominations quelque peu différentes.

Le *mbembala* chez les Yesum ou *mbo mebala* dans d'autres langues beti dérive du mot *mebala* qui signifie remèdes ou médicaments et du mot *mbo* qui signifie faiseur. Littéralement, il désigne le « faiseur de remèdes », « celui qui détient et maîtrise l'usage des remèdes ou des médicaments » (Monteillet 2006 : 108). Le *mbembala* ne recourt donc qu'aux vertus curatives de la pharmacopée. Il guérit des maladies au moyen des remèdes dits naturels, la plus grande partie de son savoir reposant sur une connaissance des vertus des simples. À Yaoundé, il est communément appelé « tradi-praticien », mais je choisis dans le cadre de ce travail d'utiliser, comme Monteillet, la dénomination de « faiseur de remèdes » qui traduit littéralement sa fonction.

Le *ngengan* vient de la racine *ngan* qui désigne une amulette porteuse de forces occultes (Ngoa cité in Monteillet 2006) ou un ensemble de pouvoirs invisibles, qu'ils découlent des puissances de la sorcellerie, du pouvoir des ancêtres ou des esprits libres de la nature (Monteillet 2006). Cette racine *ngan*, qui renvoie au *ngengan* ou *ganga* ou *nganga*, est semble-t-il, commune à toutes les langues bantoues d'après Guthrie (cité in Monteillet 2006 : 124). Le *ngengan*, souvent aussi appelé guérisseur à Yaoundé, traite les maladies attribuées à l'usage de l'*evù*<sup>28</sup> en recourant à des rituels qui mobilisent les puissances de l'invisible. Il se risque à manipuler les

---

<sup>28</sup> La notion d'*evù* est intrinsèquement complexe et peut exprimer des réalités très différentes parfois contradictoires. L'*évù* est, selon Monteillet (2006), une des forces par lesquelles on peut agresser ou être agressé, c'est-à-dire affaibli ou même rendu malade. Mais Laburthe-Tolra et Mallart-Guimera en font une analyse plus complexe. Pour ce dernier, si par le concept d'*evu* on peut expliquer le bien et le mal, la paix et la guerre, le pouvoir du sorcier et celui du contre-sorcier, c'est grâce au fait que, en elle-même, elle ne comporte aucune signification particulière. Cette absence de sens précis est d'ailleurs évoquée par ses interlocuteurs lorsqu'ils affirment que : « L'*evu* n'a ni dos ni ventre, le dos étant un élément masculin, et le ventre un élément féminin ; ceci veut dire qu'il n'est ni mâle ni femelle, ni fort ni faible, ni bon ni mauvais, qu'il n'est en fait rien de tout cela, mais que potentiellement il est tout cela » (Mallart-Guimera, 1981 ;13). Cependant, Laburthe-Tolra ne s'arrête pas à cette analyse. Pour lui, c'est le signe distinctif des méchants : « L'*evu* est toujours mauvais en lui-même : avec l'*evu* vous êtes méchant, sans *evu* vous êtes bon » (Laburthe-Tolra, 1985 ; 66).

pouvoirs dangereux et secrets de la sorcellerie, mais il peut aussi utiliser les remèdes « naturels ». Selon Laburthe-Tolra, le *ngengan* possède nécessairement une sorte d'« *evù* contemplatif », « *evù* de connaissance » (1985 : 90) qui lui permet de combattre les maléfices. Mais, étant donné l'ambiguïté profonde qui caractérise l'*évu*, le *ngengan* qui le possède peut donc être à la fois bon et mauvais (Laburthe-Tolra 1985).

Lorsque la maladie prend des formes tragiques ou épidémiques ou lorsque la santé, la richesse et toute forme de réussite sociale sont mises en cause, les *nkongan* sont sollicités. Le *nkongan* ou *eye'e mimbe'e* vient de *eye'e* qui veut dire porter et *mimbe'e* qui veut dire sac ou fardeau signifie porteur de sac (Monteillet 2006 : 171). Ce sac, contient des objets sacrés, garants de la fécondité féminine et agricole et de la protection des puissances bénéfiques sur toute la contrée. Le *nkongan* que Mallart-Guimera (1981) qualifie de *nnya-modo*, « homme-mère » chez les Ewondo est très proche de la force de Dieu. Les « porteurs de sac » disposent de pouvoirs considérés comme les plus puissants dans le domaine de la sorcellerie et de la purification collective. Ils peuvent non seulement neutraliser les épidémies, mais aussi anéantir, par des rites, les malheurs et les maux qui menacent de s'abattre sur la communauté (Monteillet 2006). Cette figure est assez rare aujourd'hui dans le système de soins des Beti et particulièrement à Yaoundé.

Le système médical précolonial décrit par Monteillet se caractérise par le souci de transmission familiale. Ainsi, les techniques thérapeutiques exercées par les acteurs susmentionnés côtoient aussi la médecine populaire qui consiste en la transmission à l'entourage (proches, amis), de plantes, de solutions ou de recettes médicinales pouvant traiter certaines affections.

Par la suite, la colonisation et l'urbanisation ont entraîné un certain nombre de changements, notamment la disparition des grands thérapeutes au profit du pouvoir pharmaceutique. Dès la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, les premiers médecins allemands arrivent au Cameroun. Au départ, ils sont exclusivement dévolus à la

prise en charge du personnel médical, mais peu à peu les services s'étendent aussi aux populations autochtones. Après le départ des Allemands, en 1918, à cause de leur échec à la première guerre mondiale, le Cameroun fut confié par la Société des Nations à la France et à l'Angleterre. Une vague de médecins français s'installe alors. À leur arrivée, ils se cantonnent à la pratique d'une médecine individuelle adressée exclusivement à leur personnel. Mais, par la suite, ils ont été appelés à s'occuper de l'ensemble de la population à cause de l'apparition des grandes endémies telles que la trypanosomiase et la malaria ou la méningite cérébro-spinale qui sévissaient et affaiblissaient la main-d'œuvre dont les colons avaient besoin. C'est ainsi qu'une organisation sanitaire et médicale s'est organisée et qu'une médecine de masse à destination des populations locales a été mise sur pied. Les administrations coloniales ont été soutenues dans cette lutte par de nombreuses sociétés missionnaires. À côté de quelques hôpitaux dans les grandes villes, des missions spéciales et de nombreux dispensaires furent créés pour lutter contre les endémies et épidémies en fournissant des services curatifs et préventifs (Monteillet 2005).

Séduits par cette médecine centrée sur une conception essentiellement biochimique et mécaniste de la guérison, les Camerounais l'ont très vite inscrite dans l'ensemble des bouleversements qui ont été qualifiés de modernisation. Les malades se sont alors rapidement accoutumés à la « médecine des piqûres et des comprimés » (Monteillet 2005). La biomédecine est devenue la médecine de référence. Dans les villes, actuellement, les populations, autant les autochtones que les migrants arrivés très jeunes, ont tendance à oublier la culture médicale de leur terroir et à se traiter davantage avec des comprimés. Les mutations sociales en sont en partie responsables, mais il faut aussi souligner que la rudesse des remèdes employés par les « thérapeutes traditionnels » est proverbiale comme le souligne Monteillet : « le dicton qui évoque leurs effets veut que le bon remède pique à l'odorat et, une fois dans le ventre, coupe les boyaux » (2005 : 102). Ce manque de

« confort » est donc aussi l'une des raisons qui poussent les malades à préférer user des comprimés ou d'autres médicaments allopathiques.

D'abord exercée uniquement par des professionnels européens, la médecine occidentale a été peu à peu communiquée aux populations locales. La formation des auxiliaires autochtones de santé, puis des aides de santé et des infirmiers assistants a commencé. Les premiers médecins camerounais, entièrement imprégnés de la médecine occidentale en termes de contenu et de durée des études ont d'abord été formés à Dakar au Sénégal. C'est après l'indépendance et au début des années 1970 que la faculté de médecine, d'abord appelée Centre Universitaire des Sciences de la Santé (CUSS) a été ouverte à Yaoundé (Monteilet 2005). Aujourd'hui, le Cameroun dispose de cette seule faculté de médecine, qui forme chaque année 60 à 70 médecins, et de 59 centres de formation publics et privés : écoles d'infirmiers et d'aides-soignants, écoles de techniciens supérieurs de santé (Beyeme Ondoua 2002 ; Ministère de la Santé Publique 2011). La durée des études en faculté de médecine est de sept ans pour la médecine générale. Puis, de nombreuses spécialisations sont ouvertes : gynécologie-obstétrique, radiologie, pédiatrie, gastro-entérologie, chirurgie générale, etc. Mais, certains médecins se forment aussi à l'étranger.

Ainsi, le processus de médicalisation de manière générale est tout aussi palpable au Cameroun depuis quelques décennies. S'il n'est pas possible de parler d'une médicalisation du social tel qu'on l'observe en Suisse ou dans d'autres pays occidentaux, on note, néanmoins, une médicalisation de plusieurs problèmes, traités aujourd'hui cliniquement comme c'est le cas ici de la ménopause. L'efficacité de la médecine occidentale, tangible par la prévention et l'éradication de nombreuses maladies lui a valu sa forte popularité et sa sollicitation toujours croissante pour une panoplie d'affections qui ne cesse de s'étendre. Elle s'exerce aujourd'hui, au Cameroun dans un cadre juridique et réglementaire précis et s'accompagne d'actions curatives, prophylactiques et pédagogiques. Malgré les nombreux dysfonctionnements de sa prise en charge (mauvaise qualité de l'accueil,

longues heures d'attente dans les structures hospitalières, favoritisme...) la biomédecine bénéficie d'un « large préjugé favorable » (Jaffré et Olivier de Sardan 2003b). Dans le domaine de la santé reproductive, elle a particulièrement ravi la place aux « médecines traditionnelles ». Elle est mobilisée autant pour le traitement des maladies relevant de la gynécologie, pour les troubles menstruels ou ménopausiques, pour l'obstétrique et l'infertilité (avec la procréation médicalement assistée), que pour la prévention (contraception, examens de dépistage des cancers du sein et de l'utérus). Citadines, les Camerounaises rencontrées dans le cadre de ce travail, côtoient donc de près la biomédecine et leurs expériences ménopausiques sont fortement influencées par le modèle biomédical.

Toutefois, le triomphe fulgurant de la biomédecine n'a pas fait disparaître les « médecines traditionnelles » qui sont toujours pratiquées au service de patients en quête de sens et de santé, et souvent insatisfaits du système biomédical. À Yaoundé, comme à Nkoteng et dans la plupart des villes du pays, plusieurs systèmes médicaux cohabitent alors. En dehors de la biomédecine et des « médecines traditionnelles », il faut encore ajouter la médecine chinoise<sup>29</sup> et les thérapies rituelles d'inspiration chrétienne (recours aux prêtres catholiques exorcistes ou aux représentants d'autres mouvements religieux). Mais seules la biomédecine et la médecine chinoise (exercée de manière formelle) bénéficient d'un statut légal. En revanche, les « médecines traditionnelles » ne bénéficient pas de la légitimité du ministère de la Santé Publique ou des décideurs politiques. De nombreux pratiquants ont revendiqué leur légalisation en promouvant une culture qui serait propre au Cameroun et à l'Afrique. Mais, malgré leur plaidoyer auprès des instances étatiques, l'exercice de manière formelle ou officielle des « médecines

---

<sup>29</sup> Grâce à la coopération bilatérale signée entre le Cameroun et la Chine, la présence massive des Chinois au Cameroun a favorisé l'essor de leurs médecines (moderne et traditionnelle) dans le pays. Celles-ci se déploient non seulement dans les hôpitaux (où les professionnels chinois travaillent en collaboration avec ceux du pays), mais aussi dans les rues et dans des cabinets de soins privés tenus autant par les Chinois que par les Camerounais formés à la pratique médicale chinoise. Elles sont donc exercées de manière formelle et informelle.

traditionnelles » n'est pas toujours acquis au Cameroun (Mbondji Edjenguèlè 2009). L'auteur énumère deux raisons principales pour l'expliquer. Premièrement, c'est parce que ces médecines sont « perçues comme un salmigondis de superstitions et de sorcellerie » (2009 : 58), malgré le flou entourant le concept de sorcellerie. Deuxièmement, il existe une pléthore de responsables et de groupuscules, se réclamant de la « tradipratique », dont chacun défend avec ses armes les intérêts de sa pratique, ce qui ne facilite guère la tâche au gouvernement. Les « médecines traditionnelles » s'exercent alors dans l'illégalité. Il n'existe pas de structures formelles pour la formation des praticiens. Les connaissances sont généralement transmises par les membres de la famille, d'une génération à l'autre et ne sont pas toujours reconnues par l'Etat, par ceux qui sont formés à la médecine occidentale et par une partie de la population. Aucune déclaration ni autorisation n'est nécessaire pour pratiquer et les professionnels ne font l'objet d'aucun contrôle. Ces médecines peuvent alors potentiellement être exercées par « n'importe qui », y compris par des individus malhonnêtes, (charlatans, marabouts) voulant extorquer de l'argent aux autres en se déclarant thérapeutes. Ce manque de réglementation de la part de l'État, auquel on ajoute de nombreux abus, contribue à les discréditer et engendre du scepticisme à l'égard de ces techniques thérapeutiques chez une partie de la population, comme j'ai pu le noter chez certaines de mes interlocutrices. Cette situation renforce ainsi l'autorité de la biomédecine.

Néanmoins, les « médecines traditionnelles » constituent une part non négligeable du système de soins et attirent toujours plusieurs personnes, pour divers motifs. Monteillet (2005) énumère de nombreuses raisons qui poussent les individus vers ces recours. Si elles sont davantage valables pour ses interlocuteurs de Nkoteng, elles peuvent toutefois s'appliquer à bon nombre de populations de Yaoundé. Le choix peut principalement être motivé par le caractère bénin des troubles à traiter (par exemple rhume, petites diarrhées) ou par la nature de la pathologie (asthénie sexuelle masculine, maladies locales comme le « ver du bas ventre »...), affections pour lesquelles la médecine populaire ou les simples c'est-à-dire la pharmacologie

plus ou moins érudite, utilisés par les *mbembala* s'avèrent efficaces (Monteillet 2005 ; Mbondji Edjenguèlè 2009). La motivation vers ces recours peut aussi découler : de la cherté des traitements allopathiques ; des dysfonctionnements du système de prise en charge biomédical déjà mentionnés ; de l'échec de thérapies (due probablement aux limites de la médecine mais aussi à l'inobservance) que certains patients considèrent souvent comme relevant de la sorcellerie ; du diagnostic de maladies au pronostic défavorable (cancer, SIDA), mais aussi de celles dont les symptômes paraissent spectaculaires (vomissement du sang, épilepsie...), de l'apparition d'affections d'origine peu claire ou de l'expérience de maladies non scientifiquement diagnostiquées par la médecine occidentale, qui sont aussi souvent associées à l'intervention de quelque maléfice (Monteillet 2005).

En somme, les médecines dites complémentaires en Suisse et traditionnelles au Cameroun<sup>30</sup> se distinguent par le statut qui leur est accordé dans chaque contexte. Leurs thérapeutes exercent dans des contextes historiques, politiques et socioculturels différents. Ils n'ont pas des formations équivalentes ni les mêmes compétences ni même une reconnaissance sociale analogue. Dès lors, dans ce travail, je n'ai pas l'ambition de comparer ces diverses médecines ou leurs thérapeutes. Je n'entends pas ignorer les contextes spécifiques dans lesquels les naturopathes et les « faiseurs de remèdes », sollicités dans le cadre de cette recherche, exercent et je n'ai pas l'intention de les mettre sur le même registre. Néanmoins, je considère qu'ils proposent des solutions alternatives par rapport au modèle biomédical qui semble être dominant, autant en Suisse qu'au Cameroun pour les questions relatives à la ménopause. Ce qui m'intéresse davantage c'est donc de mettre en perspective comparative leurs discours sur la ménopause et les solutions qu'ils apportent aux femmes qui les sollicitent à ce sujet.

---

<sup>30</sup> Dans les chapitres d'analyse, je choisis d'utiliser l'expression de médecines alternatives lorsque je veux désigner sous un même vocable les médecines complémentaires en Suisse et les médecines « traditionnelles » au Cameroun. D'une part, je les considère, dans le cadre de ce travail, comme des alternatives aux traitements hormonaux, pour abonder dans le même sens que les interlocutrices qui les emploient. D'autre part, l'emploi de ce vocable me permet aussi d'alléger le texte.

### I.3. STATUT DE LA MÉNOPAUSE

En Suisse, la ménopause est médicalisée aux niveaux conceptuel, institutionnel, et interactionnel, bien qu'elle ne le soit que partiellement à ce dernier niveau. À cause des nombreux effets sur la santé des femmes qu'on lui attribue et des coûts sociaux et économiques que ceux-ci engendrent, elle est devenue un problème de santé publique qui requiert l'attention des pouvoirs publics depuis les années 80. Il existe donc une Société Suisse de Ménopause dont l'objectif est de promouvoir la recherche dans le domaine de l'endocrinologie et d'élaborer des directives à l'attention des professionnels de la santé et des profanes. Dans ce contexte de médicalisation et au vu de l'intérêt accordé à la ménopause par les institutions de santé publique, les Suissesses bénéficient de nombreuses offres de prise en charge auxquelles n'ont pas accès les Camerounaises, les problèmes liés à l'arrêt des règles y occupant un statut différent. En effet, en Suisse les traitements de la ménopause (l'hormonothérapie substitutive et d'autres traitements hormonaux et non hormonaux) sont remboursés par l'assurance-maladie de base. Certains médicaments phytothérapeutiques le sont aussi et une partie de ces médicaments est également prise en charge par les assurances maladies complémentaires.

Au Cameroun, en revanche, la ménopause n'est pas un sujet de préoccupation en matière de santé publique. Les programmes portant sur la santé reproductive sont davantage axés sur la santé maternelle et infantile ainsi que sur la prévention des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) et de la propagation du VIH, délaissant ainsi la ménopause et les troubles qui lui sont associés. En dehors des campagnes de dépistage de certains cancers (cancers du sein et de l'utérus), les problèmes des femmes qui ont plus de cinquante ans sont rarement inclus dans les services offerts aux femmes. La ménopause n'est donc pas médicalisée au niveau institutionnel, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de structure étatique ou para-publique chargée de la normalisation des pratiques. Néanmoins, au niveau conceptuel ou des rapports médecins-patients, elle est associée à des représentations et à des pratiques qui, souvent, s'éloignent peu de celles relevées en Suisse. Et, grâce aux effets de

mondialisation, de nombreux traitements hormonaux et non hormonaux sont disponibles, mais ils sont entièrement à la charge des usagères.

## **II. DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE**

Les questions liées à l'arrêt des règles ou aux règles elles-mêmes relèvent de l'intimité des femmes. Elles ne sont pas de prime abord discutées entre des personnes qui ne se connaissent pas. Aussi, m'avait-il semblé maladroit d'envisager d'apostropher les femmes dans des espaces publics pour solliciter leur participation à une étude pouvant toucher à leur intimité. Après mûre réflexion, j'ai identifié deux stratégies principales pouvant me permettre d'avoir accès aux personnes ressources pour mon travail : le recours au réseau de proximité et aux institutions hospitalières. Du fait que l'étude implique également la participation des professionnels de la santé, le recours à ces dernières m'a semblé indispensable. Elles n'ont, toutefois, pas les mêmes conditions d'accessibilité selon que l'on est en Suisse ou au Cameroun. Dès lors, l'insertion dans ces lieux s'est faite de manière très différente.

### **II.1. UNE INSERTION SUR LE TERRAIN DIFFÉRENTE SUIVANT LE CONTEXTE**

#### *En Suisse*

En Suisse, l'insertion au sein de l'hôpital H, a été très formelle, mais elle a débuté par des négociations informelles avec le médecin-chef adjoint du département de gynécologie et obstétrique (le médecin-chef devant partir à la retraite des mois plus tard). La prise de contact s'est faite par email.

D'emblée réceptif à ma démarche, le docteur Z m'a rapidement donné un rendez-vous au cours duquel j'ai brièvement présenté ma recherche. J'avais préparé, à cet effet, un document de quelques pages présentant les objectifs et la méthodologie que j'entendais mettre en place pour la réalisation de mon travail. Il a semblé très

intéressé par l'objet d'étude, faisant partie, lui-même, des médecins qui critiquent avec véhémence la médicalisation de la ménopause. D'après lui, celle-ci a pour impact l'attribution d'un vécu ménopausique difficile à toutes les femmes. Une approche qualitative qui permettrait d'explorer le vécu subjectif et concret des femmes lui plut et le point de vue de l'anthropologue fut perçu comme complémentaire. Après cette première entrevue, il organisa ma rencontre avec un autre médecin responsable du service, le docteur W. D'autres rendez-vous suivirent et servirent à l'élaboration du protocole de recherche à soumettre à la commission d'éthique.

En effet, l'intérêt du docteur Z pour mon étude n'était pas suffisant pour commencer mes investigations dans le milieu hospitalier, car comme le dit Sarradon-Eck, lorsqu'elle traite de la santé, « la recherche en sciences humaines et sociales est dépendante des normes éthiques d'une autre discipline – la biomédecine – particulièrement bien codifiées depuis de nombreuses années » (2008 : 15). Il fallut donc soumettre un protocole de recherche à la commission d'éthique de l'hôpital H dont le rôle est de statuer sur toute recherche impliquant les patients et/ou le personnel hospitalier.

L'investigatrice principale, (moi-même), le responsable de recherche (directeur de thèse) et les deux médecins responsables du service de gynécologie susmentionnés ont été cosignataires dudit protocole. Les objectifs de la recherche, la méthodologie, les risques encourus par les personnes soumises à l'enquête, les résultats escomptés ainsi que leur finalité ont été clairement présentés et devaient correspondre au canevas ou aux critères définis par la commission d'éthique (Rossi et al 2008). Ces critères, pour la plupart, étaient peu adaptés à une approche qualitative et correspondaient plus à une démarche clinique ou expérimentale. Certaines rubriques comportaient, à titre d'exemple, la surveillance médicale, les critères de choix, la voie ou la dose des médicaments utilisés ainsi que les risques inhérents à leur toxicité. J'ai alors dû justifier que ces aspects n'intervenaient pas dans ma recherche. Les sciences « dures » apparaissent ainsi comme détenant le

référentiel absolu quant à l'évaluation de la méthodologie à adopter pour mener une recherche dans le champ médical (Sarradon-Eck 2008).

Mon travail ethnographique était dépendant de l'approbation de la commission d'éthique, que j'ai obtenue quelques mois plus tard. Avec ce « droit d'entrée » (Darmon 2005), j'ai été introduite dans le service par le docteur Z qui a y supervisé ma recherche. J'ai été invitée à participer à l'un des colloques du service au cours duquel je me suis présentée et ai fait connaître mon projet de recherche aux professionnels présents. Cette présentation servit non seulement à présenter mes objectifs de travail, l'approche méthodologique utilisée de manière à ce qu'ils soient éclairés sur les attentes qui leur seraient adressées, mais aussi à m'assurer leur collaboration pour la sélection des femmes acceptant de participer à l'étude. Contre toute attente, ma présence dans ce milieu hospitalier a été facilement acceptée. Cela se justifie probablement par l'intérêt personnel du docteur Z pour mon questionnement et de sa collaboration avec les autres membres du service qui semblait être bonne. La plupart des professionnels ont été aimables et bienveillants à mon égard<sup>31</sup>. La gynécologue « chargée des consultations de ménopause », au moment de mon insertion, s'est particulièrement montrée disponible à me donner toutes les explications dont j'avais besoin et à dissiper mes craintes. Une négociation réussie avec l'un des médecins responsables m'a ainsi valu une bonne collaboration avec les autres professionnels du service, particulièrement ceux que je côtoyais dans le cadre des « consultations de ménopause ».

L'acceptation de mon insertion au sein du service de gynécologie de l'hôpital H fut aussi imputable à la pertinence qu'a acquise l'anthropologie de la santé (ces dernières décennies) dans la plupart des sociétés occidentales en tant que discipline dédiée à l'analyse des savoirs, des attentes et des besoins des populations en

---

<sup>31</sup> A titre d'exemple, la gynécologue m'a prêtée sa blouse la première fois que je me suis présentée aux consultations ; la plupart du temps, après une matinée de consultations, les professionnels m'invitaient à partager le repas. Comme je n'avais pas de badge donnant accès aux restaurants, l'un des professionnels présentait le sien pour payer mon repas et je lui remboursais ensuite.

matière de santé (Massé 2010). Au sein de l'hôpital H, en effet, de nombreuses recherches qualitatives ont déjà été menées par des chercheurs en sciences sociales. Mon étude s'inscrivait alors dans la mouvance d'une collaboration de plus en plus développée entre les sciences biomédicales et sociales quant aux questions de santé. C'est ainsi que j'ai pu découvrir l'intérêt de plusieurs professionnels pour une approche socioculturelle de l'arrêt des règles. Des articles ou documents traitant des expériences de la ménopause chez les femmes occidentales ou africaines ont souvent été évoqués et donc des questions me furent posées. Plus d'une fois, certains m'ont affirmé que le vécu de la ménopause était tributaire du contexte socioculturel des femmes. Toutefois, l'enquête a révélé que cette affirmation n'influence pas véritablement la pratique car, au cours des consultations, l'environnement social des femmes était le plus souvent ignoré et les aspects biologiques (baisse ou arrêt de la production des hormones) étaient généralement privilégiés dans l'analyse des situations qu'elles rapportaient.

Si l'on peut parler d'une collaboration probable entre les sciences biomédicales et sociales au sein de l'hôpital H, il n'en demeure pas moins que le rapport de domination des premières sur les secondes n'a pas encore disparu. Le rôle de la commission d'éthique quant à l'approbation des recherches à effectuer en milieu hospitalier l'a démontré. Mais, même lorsque l'accord de principe de cette dernière est donné, l'anthropologue, en position de demandeur vis-à-vis des observés n'est pas entièrement autonome. Son degré de liberté sur le terrain dépend de la nature ou du nombre des espaces qui lui sont ouverts ou fermés et de la qualité des personnes qu'il peut observer ou interroger (Derbez 2010). Ainsi, dans mon cas, seules les « consultations de ménopause » ont pu être observées, les consultations privées auprès des médecins attitrés ne faisant pas partie des termes de l'accord.

La sélection des femmes sollicitées au sein de l'hôpital H s'est aussi passée suivant un dispositif contraignant auquel je n'aurais pu me soustraire. Après l'approbation de la commission d'éthique et la participation au colloque, j'ai soumis des lettres d'information aux gynécologues. Ces lettres leur présentaient de nouveau les

objectifs du travail, exprimaient mon besoin d'avoir leur collaboration quant à la sélection des femmes et précisaient mes critères de sélection<sup>32</sup>. À celles-ci, j'en ai jointe une autre, adressée à leurs patientes, dans laquelle je précisais le contexte, les objectifs, le déroulement de l'étude et le dispositif mis en place pour leur assurer la confidentialité de leur témoignage. Les coordonnées des patientes intéressées m'étaient transmises par le médecin afin que je prenne contact avec elles. Sur la base de ce dispositif, j'ai pu trouver des femmes désireuses de répondre à mon questionnement.

### *Au Cameroun*

Au Cameroun, l'entrée en milieu hospitalier ne s'est pas faite de manière aussi formelle qu'à l'hôpital H car il n'existe pas un cadre aussi établi qu'en Suisse pour conditionner l'accès des chercheurs au terrain, du moins en ce qui concerne les recherches en sciences sociales. Elle relevait alors d'une démarche individuelle. J'ai choisi de me présenter dans trois grands hôpitaux de la ville qui m'avaient semblé stratégiques, mais mon entrée dans chacun d'eux fut un parcours du combattant. Ma présence a souvent été mal acceptée, considérée comme dérangeante, et ma recherche perçue comme étant sans grand intérêt.

Mes difficultés en milieu hospitalier yaoundéen peuvent s'expliquer de diverses manières. D'abord, le statut élevé de la médecine par rapport à d'autres formes de savoirs au sein de l'hôpital, mais aussi la méconnaissance de la sociologie et de l'anthropologie et la place marginale qu'occupent ces deux disciplines dans cet univers peuvent expliquer les réactions des gynécologues sollicités (Darmon 2005). Puis, l'on peut évoquer l'absence d'un « système expert » (Jaffré 2011). Celui-ci fait référence à un système dans lequel les individus sollicitant un service donné sont traités de manière équitable par le fournisseur de ce service. Or, au Cameroun, un

---

<sup>32</sup> Les critères choisis incluaient par exemple les femmes pré-ménopausées, ménopausées depuis moins de deux ans ou plus de 5 ans ; des femmes ayant eu une ménopause naturelle ou induite ; des femmes hormono-substituées et non hormono-substituées ; des femmes ayant eu ou non des enfants, de différents statuts matrimoniaux, avec ou sans emploi.

tel système n'existe point. C'est le favoritisme ou « régime des faveurs » (Jaffré et Olivier de Sardan 2003a) qui y prédomine comme dans d'autres pays d'Afrique Centrale ou de l'Ouest. En effet, étudiant les relations des professionnels de la santé avec les patients dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et Niamey), ces deux auteurs relèvent que le plus souvent seuls les malades « recommandés » ou faisant partie du réseau de connaissance des soignants bénéficient de relations chaleureuses et d'une meilleure prise en charge. À Yaoundé, et probablement dans ces villes susmentionnées, ces « îlots de personnalisation » (Jaffré et Olivier de Sardan 2003a) ne s'observent pas seulement dans les structures sanitaires, mais dans tous les secteurs de la vie sociale. Beaucoup de services sont rendus soit par affinité (on fait partie du même réseau de relations de la personne sollicitée ou on a été recommandé par quelqu'un qui a des affinités avec cette personne), soit parce que la personne sollicitée réalise qu'elle a un intérêt quelconque à rendre ce service (par exemple qu'elle peut, dans une logique de don et de contre-don, demander elle-même des services auprès de celui qui la sollicite actuellement), soit, enfin en les monnayant, dans certains secteurs.

N'ayant ni des affinités au sein du milieu médical ni dans mon entourage proche des personnes qui auraient pu me recommander auprès de médecins, je n'ai pas pu bénéficier de cette personnalisation grâce à laquelle les portes s'ouvrent. Visiblement, je ne suscitais pas non plus un quelconque intérêt. Auprès de certains médecins, je me suis présentée comme étant une étudiante en sciences sociales de l'Université de Lausanne en Suisse. Mais, étant Camerounaise, cela n'a pas joué en ma faveur. Au contraire, j'ai été prise pour une prétentieuse qui essayait de les narguer avec de gros titres (étudiante en Suisse), qui ne valaient rien, puisque de toute façon, je n'étais qu'une étudiante et eux des médecins (fonction très honorifique au Cameroun). J'imagine que le traitement aurait été différent si j'avais été une Européenne, même une étudiante européenne. En effet, les étrangers, occidentaux en particulier, bénéficient le plus souvent d'une discrimination positive, car ils représentent, pour les populations locales, des personnes disposant de

nombreuses ressources financières ou matérielles. Ils leur sont alors d'un grand intérêt et peuvent avoir beaucoup de succès là où les autochtones échouent. Après d'autres gynécologues, je me suis présentée comme une étudiante de l'Université de Yaoundé I. Le résultat n'a pas été différent : je n'étais qu'une pauvre étudiante qui dérangeait. J'ai essuyé de nombreux refus, mais je ne me suis pas découragée. J'ai entrepris de prendre contact avec un maximum de praticiens et j'ai souvent passé de longues heures dans les hôpitaux, à attendre des gynécologues qui m'avaient donné des rendez-vous et qui finalement ne les honoraient pas, à relancer certains et à motiver d'autres par mon assiduité et ma perspicacité. C'est ainsi que j'ai fini par avoir cinq entretiens avec ceux qui se sont rendus disponibles à cet effet.

Que ce soit avec les gynécologues qui ont refusé l'entretien ou avec ceux qui l'ont accepté, le rapport a été fortement asymétrique, généralement caractérisé par l'arrogance voire le mépris à mon égard ou vis-à-vis de ma méthodologie de travail, qui se traduisait souvent par des questions telles : « à quoi sert votre travail au juste ? Pourquoi vous voulez faire des entretiens ? Vous n'avez qu'à distribuer des questionnaires » ; « Où est votre questionnaire ? Vous devez d'abord me montrer les questions avant que je ne commence à vous répondre » ; Vous voulez interroger quelques médecins pour en faire quoi ? Ce ne sera pas du tout représentatif, insinuant que ce qui est scientifique est forcément quantitatif. Ainsi s'exprimait la double domination de classe et de discipline (Darmon 2005 ; Sarradon-Eck 2008 ; Derbez 2010). Jeune étudiante, face aux médecins exerçant une profession leur conférant une certaine autorité, je n'ai, très souvent, eu que des réactions défensives, sous-tendues par la volonté de donner à l'anthropologie une légitimité qui semblait problématique dans nos interactions (Darmon 2005).

À Yaoundé, je n'ai pas pu assister aux consultations, non seulement à cause des réticences et du refus déjà mentionnés, mais aussi parce que, contrairement à l'hôpital H, il n'existait pas de consultations réservées exclusivement aux femmes ménopausées ou en transition ménopausique. Je n'ai donc pas pu être admise à des

consultations de femmes dont l'objectif n'était pas forcément connu d'avance par le médecin. De plus, il m'a été impossible de sélectionner des femmes dans les milieux hospitaliers parce que les médecins ne furent pas disposés à m'aider à la sélection de leurs patientes et que je n'avais pas le droit de « traîner » dans les salles d'attente, au risque de les importuner. Quoi qu'il en soit, à défaut d'assister aux consultations, j'ai eu la possibilité d'observer le milieu hospitalier dans lequel elles ont lieu et de réunir des éléments permettant d'appréhender la prise en charge de la ménopause en ces lieux.

## **II.2. DE LA COLLECTE DU MATÉRIAU DE RECHERCHE**

Le matériel ethnographique utilisé dans le cadre de cette recherche est principalement issu des entretiens réalisés auprès des femmes et des professionnels de la santé. J'ai, certes, assisté aux « consultations de ménopause » à l'hôpital H, mais, étant donné qu'il ne m'a pas été possible de faire de même à Yaoundé, le matériel issu de l'observation de ces consultations sera davantage utilisé pour éclairer ou enrichir les analyses issues des entretiens.

### ***II.2.1. Les entretiens***

Pour faire émerger les représentations, l'expérience et les pratiques de gestion de la ménopause, j'ai choisi d'interviewer les femmes et les gynécologues, largement impliqués dans la prise en charge de la ménopause. Mais, pendant la phase exploratoire de mon travail, je me suis rendue compte que la gestion de la ménopause implique aussi, de plus en plus, d'autres types de thérapies. Cette dimension a donc été incluse dans le travail. En Suisse, le choix a particulièrement porté sur les naturopathes qui semblent (d'après la littérature) prendre une place importante dans la gestion des troubles liés aux cycles de vie féminins en Occident. Au Cameroun, les « faiseurs de remèdes » ont été privilégiés, la ménopause ne faisant pas partie des troubles qui nécessitent la mobilisation des forces invisibles.

Les entretiens avec les femmes ont porté sur leur vécu corporel antérieur à la ménopause (les questions s'articulaient autour des pratiques et soins portés au corps, de la perception des règles et de l'utilisation des méthodes de contraception), les représentations et le vécu de la ménopause et ses changements, les sources d'information des femmes, les relations avec l'entourage et les professionnels de la santé ainsi que sur les pratiques de gestion de la ménopause. Ceux des professionnels de la santé ont parcouru leur définition de la ménopause et leurs représentations, les relations avec les femmes, et la prise en charge des troubles attribués à l'arrêt des règles.

### **II.2.1.1. La sélection des personnes interviewées**

D'emblée, il convient de préciser que les personnes interviewées ne sont pas représentatives de la population générale, vu leur nombre. En effet, l'enquête a été menée auprès de quarante-et-une femmes dont vingt à Yaoundé et vingt-et-une à Lausanne. Mais, celles-ci n'ont pas été sélectionnées de façon similaire.

À Lausanne, j'ai procédé de deux manières. Premièrement, je les ai choisies au sein de l'hôpital H (15 dont 2 ayant assisté aux consultations de ménopause). Deuxièmement, j'ai procédé selon le réseau de proximité pour six autres. À partir de critères de diversification assez larges permettant d'obtenir des exemples variés de l'objet étudié, j'ai inclus, dans le processus de sélection, des femmes se trouvant aux différentes phases de la ménopause, faisant usage des traitements hormonaux ou non, avec des niveaux d'études et statuts matrimoniaux différents. Le fait d'avoir bénéficié de la participation des professionnels de la santé pour sélectionner les informatrices selon les critères définis m'a permis de constituer une population assez indicative de la tendance générale.

Etant Africaine, j'avais des appréhensions concernant l'accueil auprès des Suissesses sollicitées. Mais, à ma grande surprise, cela a plutôt constitué un avantage. En effet, la plupart des femmes contactées a souhaité me rencontrer et répondre à mes questions parce qu'elles étaient curieuses de pouvoir échanger sur le « vécu

exotique » de la ménopause à la fin des entretiens. Je n'ai donc pas eu de difficultés à trouver des personnes intéressées.

À Yaoundé, les vingt interlocutrices ont été sélectionnées essentiellement dans le réseau de proximité, selon l'effet « boule de neige ». Bien que j'aie voulu appliquer tous les critères de sélection préalablement définis, l'échantillon des Camerounaises ne semble pas aussi diversifié que celui des Suissesses. En l'occurrence, je n'ai pas eu la possibilité de rencontrer des femmes ayant recours aux « médecines traditionnelles » pour réguler les troubles qu'elles attribuent à la ménopause. Dans ce contexte, je n'ai pas, non plus, eu de difficultés particulières pour convaincre mes interlocutrices de m'accorder un entretien. Toutefois, il a souvent fallu plus de temps pour les rassurer de la confidentialité des données et aboutir à la réalisation effective des entretiens.

Les gynécologues (5), à Lausanne, ont été choisis au sein de l'hôpital H. Des lettres d'informations leur avaient été adressées au préalable et les entretiens ont été réalisés avec ceux qui se sont rendus disponibles. Les naturopathes (3) quant à eux ont été sélectionnés de manière différente : l'un, suivant le réseau de proximité et les deux autres, à la suite de recherches sur Internet qui révélaient leur intérêt pour les questions liées à la ménopause.

Au cours de l'enquête, j'ai aussi voulu explorer l'implication des médecins généralistes dans le processus de prise en charge de la ménopause. Mais, après l'entretien avec un médecin généraliste de l'hôpital H, celui-ci, m'a assuré qu'il ne prescrivait, en aucun cas, des traitements pour la ménopause et préférerait orienter ses patientes vers les spécialistes. Une distinction était donc à faire entre les médecins généralistes qui prescrivent des thérapeutiques contre les troubles ménopausiques et ceux qui s'en abstiennent. Mon interlocuteur m'a, cependant, fourni une liste de médecins généralistes (de son entourage) qui prescrivent le traitement hormonal à leurs patientes ménopausées, mais ceux-ci sont établis dans des cliniques privées et exercent à leur compte. Étant donné que la culture

médicale est différente au sein des établissements hospitaliers et des cliniques, j'ai choisi d'abandonner cette option pour des questions de faisabilité. Il aurait, en effet, fallu inclure la comparaison de la prise en charge de la ménopause en institution hospitalière et dans les cliniques privées. Dans l'analyse du matériau de cette recherche, l'entrevue avec le généraliste ne sera donc pas utilisée.

Au Cameroun, les cinq gynécologues interviewés ont été choisis dans trois hôpitaux de la ville tandis que les trois « faiseurs de remèdes » ou « mbo mebala » ont été sélectionnés uniquement suivant le réseau de proximité.

### *De la réticence et du refus*

Les réticences et le refus de plusieurs gynécologues camerounais à participer à l'étude ont déjà été soulignés. Ce ne furent pas les seuls. J'ai également rencontré beaucoup de difficultés à sélectionner mes compatriotes migrantes en Suisse. J'avais, en effet, prévu lors de l'élaboration de mon projet de recherche d'inclure les Camerounaises migrantes en Suisse dans l'étude, particulièrement celles qui vivent à Lausanne, mon terrain d'investigation. Le but était d'explorer leur expérience ménopausique et de savoir si celle-ci était influencée par l'héritage culturel acquis dans le pays d'origine ou celui acquis dans le pays d'accueil. Je n'ai malheureusement pas pu mener cet objectif à terme. La proximité avec une grande partie de ces femmes ne m'a pas été favorable. La majorité faisant partie de mon réseau de connaissances, mon enquête a été considérée comme une intrusion dans leur vie privée. De plus, parler de la ménopause ou des sujets liés à la sexualité demeure tabou pour la plupart d'entre elles. Enfin, le fait de parler explicitement de ménopause a probablement suscité quelques réticences, du fait de la connotation péjorative qui peut lui être associée (fin de la jeunesse ou de la féminité).

Le refus de participer à l'enquête ne s'est pas toujours manifesté par un « non » de prime abord. Au contraire, la plupart du temps, ce fut un « oui », qui se révéla être un « non » par la suite. Au départ, le principe de l'entretien était facilement

accepté : « quand tu veux, tu me dis » ou « appelle-moi pour fixer un rendez-vous ». Une fois, le rendez-vous fixé, rien n'était plus acquis. Les rendez-vous promis mais non tenus furent très récurrents et ce n'est que lorsque je les appelais qu'elles me donnaient des « excuses » que j'étais bien obligée d'accepter.

Avec plus de recul, j'ai compris que cet échec était probablement dû à la stratégie que j'avais adoptée et à la manière d'aborder la question. J'aurais pu changer de stratégie et contourner ces difficultés en m'orientant vers des compatriotes résidant dans des villes éloignées de Lausanne et en abordant mon questionnement de manière différente (parler par exemple d'une discussion sur la vie des femmes, sur les problèmes de santé féminins et non sur la ménopause), mais je n'y suis pas parvenue, pour des questions de faisabilité. Cela aurait nécessité plusieurs déplacements impliquant un important investissement financier. Pour cette raison, je me suis résolue à limiter l'étude à deux grandes catégories de femmes : les Suissesses, à Lausanne et les Camerounaises, à Yaoundé.

#### **II.2.1.2. Le déroulement des interviews**

En Suisse, les entretiens ont été réalisés de décembre 2007 à octobre 2009, souvent avec des fenêtres d'interruption. Et, au Cameroun, le travail de terrain s'est effectué pendant trois séjours au pays de février à avril 2008 ; puis de juin à septembre 2009 ; et enfin, de juillet à septembre 2010.

Tous les entretiens effectués ont été enregistrés. Les conditions de réalisation des entretiens ont été négociées avant le début de chaque entretien. De vive voix ou par téléphone, j'ai essayé de trouver un lieu approprié et un horaire compatible aux contraintes des personnes à interviewer.

En Suisse, les entretiens ont été réalisés à l'endroit qui convenait le mieux aux interlocutrices. Certains ont été effectués à leur domicile, d'autres dans des endroits publics (cafétérias), d'autres encore au sein de l'hôpital H, dans une salle

que l'infirmière-chef avait mise à ma disposition (uniquement pour les femmes qui y ont été choisies).

Au Cameroun, les entretiens, ont été effectués principalement au domicile des femmes, mais aussi pour quelques-unes, dans leur lieu de service. Ils ont été réalisés en Français, qui comme l'Anglais, est l'une des langues officielles du pays. Le Cameroun est une ancienne colonie allemande. Mais après l'échec de l'Allemagne à la première guerre mondiale en 1918, il a été mis sous tutelle française et britannique, sous le mandat de la Société des Nations (SDN), ce qui justifie le choix des deux langues officielles, en vigueur. Toutefois, la France ayant bénéficié de la plus grande partie du pays (8 provinces sur 10 dont Yaoundé), le Français y est prédominant. Les études quels que soient le niveau (primaire, secondaire ou universitaire) et le contexte (rural ou urbain) se font principalement dans ces deux langues. Les examens officiels de fin de cycle qui couvrent l'ensemble du pays ne sont effectués qu'en Français ou en Anglais, selon que la région est francophone ou anglophone. Yaoundé se situant dans la partie francophone du pays, c'est donc le Français qui y prévaut. Au-delà de la raison politique évoquée, l'usage du Français par une frange importante de Yaoundéens se justifie de manière pratique. En effet, comme je l'ai déjà souligné, le Cameroun est composé de plusieurs ethnies et tribus parlant des dialectes fort différents. Dès lors, dans les milieux urbains, les personnes, venant de plusieurs régions du pays et d'ailleurs, ne sauraient communiquer sans faire usage, selon la zone, du Français ou de l'Anglais. À Yaoundé, comme dans d'autres villes francophones du Cameroun, l'usage du Français n'est donc pas limité à une catégorie d'individus. Même ceux qui n'ont pas été scolarisés l'apprennent au contact avec les autres, de sorte qu'il n'est pas étonnant de trouver des illettrés (ne sachant ni lire ni écrire) capables de communiquer dans cette langue. Mais, selon que le registre est soutenu, courant ou familier, on peut potentiellement associer un niveau d'éducation précis à son interlocuteur. Puisque toutes les femmes interviewées, citadines depuis de très longues années (au moins depuis 30 ans), s'expriment en Français, j'ai choisi de

réaliser mes entretiens dans cette langue-là. On remarquera cependant que certaines expressions proviennent d'un Français plutôt camerounisé, c'est-à-dire, souvent traduit littéralement, par les femmes, d'après les dialectes d'origine.

Au début de chaque entretien, je me suis toujours présentée, comme étudiante en sciences sociales et j'ai expliqué les objectifs de ma recherche. Au moment de la négociation de l'entretien, chacun des interlocuteurs a été assuré du caractère confidentiel des informations qu'il me fournira et de la possibilité d'interrompre l'entretien à tout moment. La plupart des personnes sollicitées ont alors donné leur accord verbal.

Pour les interlocutrices qui ont été choisies au sein de l'hôpital H, une lettre d'information, exposant les objectifs de la recherche leur a été présentée et un formulaire de « consentement éclairé » leur a été soumis pour approbation écrite et signature selon les exigences de la commission d'éthique.

Les entretiens avec les femmes avaient une durée d'environ une heure et trente minutes. La quasi-totalité des entretiens a été réalisée en une fois. Mais, j'ai dû revoir certaines interlocutrices après la retranscription de l'entretien pour compléter des informations, qui me manquaient et qui me paraissaient utiles. Je n'ai pas eu l'impression d'occuper une position de dominante face à mes interviewées, au contraire. Alors âgée de 31-32 ans, sans enfant, j'ai souvent été considérée par plusieurs interlocutrices comme une petite fille en quête d'informations auprès de sa mère. Cela a particulièrement été frappant chez mes compatriotes qui n'hésitaient pas à m'appeler « ma fille » au cours de l'entretien ou à me tutoyer dès le premier contact. J'ai volontiers assumé ce statut qui m'a permis de me rapprocher davantage d'elles. Les entrevues se sont alors déroulées dans un climat de confiance qui a permis aux femmes de se dévoiler et d'aller en profondeur dans leurs récits. À la fin des entretiens, dans un souci de don et contre-don, j'ai souvent laissé un espace pour que celles qui le désiraient puissent me poser des

questions. Ce fut un moment qui me permit aussi d'approfondir mon questionnement en dehors du dispositif formel de l'entretien.

Les entretiens avec les gynécologues, à Lausanne, tout comme à Yaoundé, ont été réalisés au sein de l'hôpital, soit dans leur bureau, soit dans l'une des salles disponibles à ce moment-là. Leur durée a variée de trente minutes à une heure, en fonction de la disponibilité de chacun. Les relations avec les gynécologues suisses ont généralement été harmonieuses alors qu'elles ont été fortement marquées par l'asymétrie chez les gynécologues camerounais. Malgré cette différence, j'ai pu obtenir des informations riches et variées de part et d'autre.

Pour les naturopathes et les « faiseurs de remèdes », les entretiens se sont déroulés exclusivement sur leur lieu de travail. Leur durée était d'environ une heure. Naturopathes et « faiseurs de remèdes » n'ont pas le même statut légal dans les systèmes de santé suisses et camerounais. J'ai, cependant, relevé chez les uns comme chez les autres, cette volonté de valoriser leur point de vue sur la prise en charge de la ménopause qui a favorisé le bon déroulement des entretiens et le recueil d'informations intéressantes.

### **II.2.1.3. Description de la population cible**

#### ***a. Caractéristiques des femmes interviewées***

Parmi les vingt-et-une Suissesses interviewées, deux sont en pré-ménopause, dix-neuf sont donc ménopausées, parmi lesquelles deux ménopauses induites, à la suite d'une hystérectomie totale. L'âge de ces femmes varie de 50 à 66 ans. L'âge d'arrivée à la ménopause naturelle est variable. Il oscille entre 50 et 55 ans pour la majorité des femmes. Il est inférieur à 50 ans pour trois des interlocutrices et au-delà de 55 ans pour deux d'entre elles.

Parmi les ménopausées de la cinquantaine, un certain nombre de femmes affirme ne pas pouvoir identifier l'arrivée exacte de la ménopause, soit parce qu'elles ont perdu le témoin des règles, après une ablation chirurgicale de l'utérus (avec

conservation des ovaires), soit parce qu'elles étaient sous pilule contraceptive et n'ont pas connu les troubles menstruels de la pré-ménopause, soit encore parce qu'elles ont été sous hormonothérapie aussitôt que les troubles des règles ont commencé.

Plus de la moitié des Suissesses interviewées vivent en couple, mais elles n'ont pas toutes le même statut matrimonial. Certaines sont mariées (13), d'autres sont célibataires (2), et d'autres encore sont divorcées (1) ou veuves (1). Seule une minorité (4) vit alors seule, notamment à la suite d'un divorce. Plus des trois quart ont eu des enfants (généralement moins de trois et exceptionnellement 4). Quatre des femmes interviewées ont choisi de ne pas avoir d'enfant et une seule n'en n'a pas eu pour des raisons physiologiques et indépendantes de sa volonté. La moitié des femmes ayant connu l'expérience de la maternité a déjà des petits enfants.

Le niveau d'études varie du primaire au supérieur. Un peu moins de la moitié a un niveau d'études secondaire, c'est-à-dire inférieur ou égal au baccalauréat, plus d'un-quart a un niveau supérieur (au moins BAC+2) et les autres ont un niveau d'études primaire.

Le statut professionnel est aussi hétérogène. Un peu plus de la moitié des femmes interviewées a un emploi. Les activités exercées sont différentes et se déclinent dans plusieurs catégories (professions commerciales ou médicales, ingénierie, art, recherche...). Certaines de ces femmes exercent à leur propre compte. Une minorité de l'échantillon est retraitée et un peu plus d'un quart a abandonné l'activité professionnelle à la naissance des enfants et ne l'a pas reprise.

Concernant les Camerounaises interviewées, trois sont en pré-ménopause. Les dix-sept autres sont ménopausées parmi lesquelles deux ménopauses induites à la suite d'une hystérectomie totale. Ces femmes sont âgées de 45 à 65 ans.

Pour les quinze femmes ayant eu une ménopause naturelle, celle-ci est survenue pour la moitié d'entre elles entre 50 et 55 ans. Pour l'autre moitié, elle est arrivée avant l'âge de 50 ans. Cette enquête, bien que non représentative, a donc tendance

à confirmer les résultats des travaux de l'OMS (1996), selon lesquels les femmes des pays en développement parviennent plus tôt à la ménopause que celles des pays industrialisés, légèrement avant la cinquantaine. En effet, les Camerounaises sont plus nombreuses que les Suissesses à avoir eu la ménopause (naturelle) avant 50 ans. De plus, aucune d'entre elles n'affirme avoir été ménopausée au-delà de 55 ans, ce qui a été le cas pour deux Suissesses.

Parmi les Camerounaises interviewées, quatorze vivent en couple (10 mariées, une veuve, deux célibataires et une séparée) et six n'ont pas de partenaire (deux célibataires, trois veuves et une séparée). Le niveau d'études varie aussi du primaire au supérieur. Près de la moitié (9) ont un niveau primaire, six d'entre elles ont un niveau secondaire et les cinq autres, un niveau supérieur (au moins BAC+2).

Sur le plan professionnel, la majeure partie de ces femmes est active. Les un-quart sont des employés de bureau, trois d'entre elles font du commerce (à leur propre compte), six sont des cadres dans l'administration privée ou publique, deux sont retraitées et quatre sont femme-au-foyer.

La majorité des Camerounaises interviewées est mère et grand-mère. Deux d'entre elles n'ont pas connu l'expérience de la maternité. Parmi les dix-huit autres, sept d'entre elles ont au moins quatre enfants et onze en ont au moins cinq. La quasi-totalité des femmes (17) a aussi des petits-enfants et quelques-unes ont déjà des arrières petits-enfants.

Les caractéristiques sociodémographiques des femmes interviewées sont présentées dans les tableaux suivants :

Tableau1 : Description des femmes interviewées en Suisse

Femmes	Age	Age à la ménopause	Type de ménopause	Niveau d'études	Statut professionnel	Etat matrimonial	Nombre d'enfants	Nombre de petits-enfants
Anais	61	49	Naturelle	Primaire + formation secrétariat	Femme au foyer à la naissance des enfants	Mariée	2	0
Bernadette	61	≤ 50 <sup>33</sup>	Naturelle (Hystérectomie partielle)	Primaire + Apprentissage (médecine dentaire)	Femme au foyer à la naissance des enfants	Mariée	2	3
Carine	58	55.5	Naturelle	Supérieur Bac +8 (mathématiques)	Cadre	Mariée	0	0
Madeleine	52	Pré-ménopause <sup>34</sup> (un an)	/	Secondaire + Ecole de commerce (secrétariat médical)	Employée	Célibataire Vit en couple	0	0
Christine	54	53	Naturelle	Secondaire + formation Infirmierie	Cadre	Divorcée Vit en couple	2	0

<sup>33</sup> Elle a subi une hystérectomie sans ovariectomie à 40 ans. Les règles ont disparu, mais l'activité ovarienne n'a pas été altérée. Elle suppose alors qu'elle a eu la ménopause autour de 50 ans parce que c'est à ce moment qu'elle a commencé à avoir des bouffées de chaleur.

<sup>34</sup> Les femmes en pré-ménopause ont encore les règles, au moins une fois par an.

Femmes	Age	Age à la ménopause	Type de ménopause	Niveau d'études	Statut professionnel	Etat matrimonial	Nombre d'enfants	Nombre de petits-enfants
Marielle	50	Pré-ménopause (2 ans)	/	Secondaire + Ecole de commerce	Cadre	Divorcée, remariée depuis un an	2	0
Joëlle	59	≤ 50 <sup>35</sup>	Naturelle	Primaire + apprentissage coiffure	Indépendante (Travaille à domicile)	Mariée	1	1
Sonia	59	55	Naturelle	Supérieur EPFZ (Ingénierie agronome)	Cadre	Mariée	2	2
Martha	54	52	Naturelle	Secondaire + Formation secrétariat de direction	Femme au foyer à la naissance des enfants	Mariée	3	0
Carmen	56.5	55	Naturelle	Supérieur Haute Ecole des Arts	Indépendante	Mariée	4	2
Claudia	61	59	Naturelle	Primaire	AI	Divorcée	3	3

---

<sup>35</sup> Elle a été sous traitement hormonal substitutif avec pseudo-règles dès la pré-ménopause. Les règles ne se sont jamais arrêtées, donc elle ne saurait dire avec exactitude quand s'est installée la ménopause. Elle suppose que ça devrait être vers 50 ans.

Femmes	Age	Age à la ménopause	Type de ménopause	Niveau d'études	Statut professionnel	Etat matrimonial	Nombre d'enfants	Nombre de petits-enfants
						Seule		
Berthe	59	≤ 51 <sup>36</sup>	Naturelle	Gymnase + Ecole de commerce (secrétariat de direction)	Femme au foyer à la naissance des enfants	Mariée	2	0
Coralia	54	≤ 50 <sup>37</sup>	Naturelle	Secondaire + Ecole de commerce	Employée	Mariée	3	1
Clémentine	66	55	Naturelle	Secondaire + apprentissage en couture	Cadre retraitée	Mariée	2	0
Lucienne	50	49	Induite Hystérectomie totale	Secondaire	Employée	Divorcée Seule	0	0
Maria	64	48	Induite Hystérectomie totale	Secondaire + Ecole de commerce	Cadre Retraitée	Divorcée Seule	2	4
Marie-Josée	59	55	Naturelle	Primaire	Femme au foyer	Mariée	2	0
Lara	62	55	Naturelle	Supérieur Bac + 5	Cadre (bientôt à la retraite)	Veuve (en couple)	2	2

<sup>36</sup> Elle était sous pilule. C'est à 51 ans que le gynécologue a procédé à l'examen des dosages hormonaux. Elle suppose qu'il est possible que la ménopause soit arrivée un peu avant.

<sup>37</sup> Elle était aussi sous pilule

<b>Femmes</b>	<b>Age</b>	<b>Age à la ménopause</b>	<b>Type de ménopause</b>	<b>Niveau d'études</b>	<b>Statut professionnel</b>	<b>Etat matrimonial</b>	<b>Nombre d'enfants</b>	<b>Nombre de petits-enfants</b>
				(master en santé publique)				
Emilienne	63	54	Naturelle	Secondaire	Indépendante	Célibataire En couple	0	0
Helena	65	50	Naturelle	Supérieur Bac +8 Biologie	Cadre retraitée	Divorcée Seule	0	0
Jeannette	54	52	Naturelle	Supérieur Bac +3 Lettres	Femme au foyer	Mariée	3	0

Tableau2 : Description des femmes interviewées au Cameroun

Femmes	Age	Age à la ménopause	Type de ménopause	Niveau d'études	Statut professionnel	Etat matrimonial	Nombre d'enfants	Nombre de petits-enfants
Frieda	53	50	Naturelle	Supérieur Bac +3 (anthropologie)	Cadre	Mariée	7	5
Alexia	58	54	Naturelle	Secondaire + ENI <sup>38</sup>	Cadre	Célibataire En couple	0	0
Marianne	65	53	Naturelle	Primaire	Indépendante (commerçante)	Mariée	6	15
Laurette	50	49	Naturelle	Supérieur Bac +ENSET <sup>39</sup>	Cadre	Veuve En couple	3	1
Theresa	50	44	Naturelle	Secondaire + formation Infirmierie	Employée	Mariée	4	0
Marie-Dominique	45	Pré-ménopause (2 ans)	/	Primaire	Employée	Célibataire Seule	5	1
Jocelyne	53	48	Naturelle	Primaire	Employée	Mariée	3	1

---

<sup>38</sup> Ecole Normale d'Instituteur

<sup>39</sup> Ecole Normale Supérieure de l'Enseignement Technique

Femmes	Age	Age à la ménopause	Type de ménopause	Niveau d'études	Statut professionnel	Etat matrimonial	Nombre d'enfants	Nombre de petits-enfants
Roberta	48	Pré-ménopause (un an)	/	Supérieur Bac + 3 comptabilité	Cadre	Célibataire En couple	3	3
Leah	62	48	Naturelle	Primaire	Femme au foyer	Veuve Seule	4	7
Ludivine	50	47	Naturelle	Secondaire	Employée	Mariée	8	5
Cécilia	58	45	Induite Hystérectomie totale	Secondaire	Employée	Veuve Seule	6	10
Daniella	50	48	Naturelle	Secondaire	Indépendante (Petit commerce)	Mariée	4	3
Chloé	60	52	Naturelle	Primaire	Indépendante (petit commerce)	Veuve Seule	10	7
Huguette	56	49	Naturelle	Primaire	Femme au foyer	Séparée En couple	7	9 et 1 arrière petits-fils
Florence	65	52	Naturelle	Secondaire	Employée retraitée	Mariée	4	13 et 3 arrière petits-enfants
Lucie	58	51	Naturelle	Primaire	Femme au foyer	Mariée	8	13
Nicolette	62	50	Naturelle	Secondaire	Employée	Mariée	5	11

Femmes	Age	Age à la ménopause	Type de ménopause	Niveau d'études	Statut professionnel	Etat matrimonial	Nombre d'enfants	Nombre de petits-enfants
					retraîtée			
Katia	57	49	Naturelle	Supérieur Bac +ENS <sup>40</sup>	Cadre	Séparée seule	5	3
Sophie	61	52	Induite Hystérectomie totale	Supérieur Bac + 5 Ecole Supérieure de Technologie de Paris	Cadre	Mariée	0	0
Julia	52	Pré-ménopause (un an)	/	Primaire	Femme au foyer	Célibataire Seule	6	2

---

<sup>40</sup> Ecole Normale Supérieure

**b. Les professionnels de la santé**

Une description des professionnels de la santé rencontrés, particulièrement des gynécologues, pourrait permettre de les identifier dans leur service. Aussi, semble-t-il préférable de ne pas donner leurs caractéristiques de manière précise afin de mieux préserver leur anonymat et la confidentialité des données. J'utiliserai, dans la suite du travail, les lettres de l'alphabet pour les qualifier ou les distinguer. Leurs caractéristiques générales sont présentées dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 3 : Caractéristiques des gynécologues interviewés**

	Age	Sexe	Spécialité	Expérience Professionnelle (années)
<b><i>En Suisse</i></b>				
Dr. A	62	Homme	Gynécologie obstétrique + Endocrinologie gynécologique	29
Dr. E	59	Homme	Gynécologie obstétrique + Oncologie et Sénologie	26
Dr. I	38	Homme	Gynécologie médicale	8
Dr. O	59	Femme	Gynécologie médicale	20
Dr. Y	39	Femme	Gynécologie médicale	8
<b><i>Au Cameroun</i></b>				
Dr. B	38	Homme	Gynécologie obstétrique	5
Dr. C	35	Femme	Gynécologie obstétrique	5
Dr. D	55	Homme	Gynécologie médicale	17
Dr. F	52	Homme	Gynécologie médicale	20
Dr. G	48	Femme	Gynécologie médicale	17

Concernant les naturopathes, j'en ai rencontrés trois en Suisse romande, dont deux hommes et une femme. Leur âge oscille entre 30 et 63 ans. Le nombre d'années d'expériences dans la naturopathie est tout aussi variable et va de sept à plus de trente ans.

Enfin, les « faiseurs de remèdes », à Yaoundé sont tous des hommes. Ils sont âgés de 45 à 60 ans et ont chacun une expérience professionnelle d'au moins vingt ans.

Les caractéristiques des naturopathes et des « mbo mebala » sont présentées ci-dessous :

**Tableau 4 : caractéristiques des naturopathes et des « mbo mebala »**

	Age	Sexe	Expérience professionnelle (années)
<b><i>Naturopathes</i></b>			
Félix	30	Homme	7
Aline	63	Femme	33
Martin	54	Homme	22
<b><i>« Mbo mebala »</i></b>			
François	45	Homme	21
Dieudonné	52	Homme	25
Séverin	60	Homme	29

### **II.2.2. L'observation**

Pour des raisons qui ont déjà été évoquées, l'observation des consultations n'a été possible qu'en Suisse, au sein du service de gynécologie de l'hôpital H. Seules les consultations observées sont alors décrites ci-dessous.

L'heuristique de l'observation résulte principalement de l'extériorité de l'ethnologue et du dépaysement qu'elle procure. En effet, « loin des siens et de ses repères culturels, sans engagement autre que celui de la connaissance, le chercheur s'inscrit dans la vie autochtone et peut saisir « objectivement » les pratiques qui la fondent » (Hérault 2007 : 98). Doublement étrangère au milieu et aux personnes observées, de par mes origines africaines et ma formation d'anthropologue, j'ai été capable de m'étonner, sachant que l'étonnement permet de questionner et de réfuter les préjugés. J'ai aussi pu cultiver le souci du détail, ce qui m'a permis de comprendre comment la ménopause se construit à travers des interactions observables entre médecins et patientes au cours de la consultation.

Je choisis de ne pas faire une ethnographie du service observé afin de préserver l'anonymat des personnes impliquées. En général, il s'agit d'un service de gynécologie qui prend en charge de manière préventive ou curative les troubles liés à la gynécologie, spécifiques à l'enfance, à l'adolescence, au planning familial, à l'obstétrique, à la ménopause et à la sénologie.

Concernant la ménopause, il existe des consultations auprès de gynécologues attitrés, quelques fois médecins privés, et des consultations dites de ménopause, qu'il m'a été permis d'observer. Celles-ci sont semblables aux consultations gynécologiques ordinaires, mais concernent en particulier les femmes en phase de pré-ménopause ou de ménopause confirmée<sup>41</sup>. L'équipe soignante, interchangeable tous les trois ou six mois est composée d'un gynécologue et d'une infirmière ou d'une sage-femme.

---

<sup>41</sup> Le dispositif clinique de ces consultations sera présenté au chapitre 5.

J'ai assisté aux « consultations de ménopause » de septembre 2007 à décembre 2008. Cette durée a été nécessaire pour construire la légitimité de ma place d'observateur vis-à-vis des personnes observées et pour « apprendre le langage du service : langue médico-légale loin de son quotidien, abréviations spécifiques » (Hoarau 2000 : 21). Lorsque je pénétrais dans ce centre hospitalier, plusieurs termes utilisés par les gynécologues m'étaient inconnus et je ne saisisais pas toujours leur signification. Au terme de quelques consultations, grâce aux explications de la gynécologue présente, j'ai pu me familiariser avec ces expressions. Les connaissances « médicales » acquises m'ont d'ailleurs permis de mieux comprendre les ouvrages et articles médicaux auxquels j'ai eu accès tout au long de cette recherche et de mieux construire mon objet d'étude.

J'ai pu observer 112 « consultations de ménopause » pendant lesquelles j'ai appréhendé les discours, les représentations, les pratiques et les interactions entre les femmes et les gynécologues. Le travail ethnographique était orienté vers une série de questionnements portant sur le déroulement de la consultation, les motifs pour lesquels les femmes consultent, leurs attentes, le processus décisionnel autour d'une prise en charge ménopausique, l'existence des conflits et la façon dont ils sont résorbés. Toutes ces informations, auxquelles j'ajoute mes impressions personnelles, ont été notées dans un journal de terrain.

#### **II.2.2.1. L'accès aux « consultations de ménopause » : l'emblème de la blouse blanche**

L'hôpital est un espace circonscrit, une « institution fermée » (Darmon 2005 : 98), aux frontières bien structurées, dans lequel les statuts des professionnels sont identifiés et reconnus, à travers une tenue vestimentaire appropriée. Le port de la blouse ou de tout autre uniforme marque l'appartenance au corps médical et implique une construction des relations sociales autour du semblable et du différent. Dans ce contexte, il est alors difficile à une personne extérieure au service de recueillir des matériaux sans se conformer à certaines exigences, car

l'observateur peut, par sa seule présence, modifier le cours de la situation étudiée. La possibilité d'assister aux consultations a, par conséquent, été conditionnée par mon port de la blouse afin d'éviter des réticences de la part des patientes à voir une personne étrangère au service hospitalier assister aux consultations. Toutefois, cette obligation ne m'avait pas été précisée lors de ma présentation au colloque, aussi ai-je été surprise la toute première fois que je me suis présentée pour observer les « consultations de ménopause » :

Nous sommes le mercredi matin, matinée prévue à cet effet. Je m'oriente vers la réception du service et annonce l'objet de ma présence. La réceptionniste fait appel à la cheffe de clinique qui me conduit auprès de la gynécologue chargée des « consultations de ménopause ». Celle-ci sort de la salle de consultation et m'informe que la première a commencé. Elle me regarde et me dit : « je n'ai rien contre, mais pas comme ça », sous-entendu pas sans la blouse. La cheffe de clinique m'indique où se trouve la lingerie. Je m'y rends et n'y voit aucune employée (elles sont allées faire de la distribution du linge). Je reviens m'asseoir près de la réception. Après cette première consultation, la gynécologue se rend compte que je n'ai toujours pas de blouse. Elle propose de me prêter la sienne de réserve (pour cette fois). J'accepte avec soulagement (...) Je n'ai pas de badge, une longue procédure étant nécessaire pour en avoir un, et la chef de clinique a jugé que ce n'était pas utile. Celui-ci donne accès à plusieurs services dont le choix de la blouse aux automates. Donc, à chaque fois que je voudrai assister aux consultations, je me rends très tôt à la lingerie (pour être sûre de trouver les employées avant qu'elles n'aillent distribuer le linge sur les différents étages). La toute première fois, l'employée me regarde et va chercher une blouse qui selon elle me conviendrait. C'est une longue blouse blanche que je dois ramener après usage. Elle me montre aussi comment la rendre dans l'automate prévu à cet effet. Les jours qui suivent, je n'ai plus qu'à décrire le modèle qui m'a déjà été attribué (ce n'est pas souvent la même employée) et j'ai droit à une blouse semblable (extrait de mon journal de terrain).

Cette longue blouse blanche, obtenue auprès de l'employée de la lingerie a joué son rôle à plus d'un titre. D'une part, elle a été bénéfique parce qu'elle m'a conféré la légitimité de sillonner dans le service et a facilité mon acceptation pendant le déroulement des consultations. Elle m'a alors permis de récolter les informations dont j'avais besoin pour la recherche. Au début de chaque consultation, par souci d'éthique, le médecin m'a présentée à la patiente, leur approbation m'étant nécessaire pour y assister. En dehors, d'une seule femme qui a refusé ma présence, j'ai généralement été acceptée.

D'autre part, le port de la blouse a semé la confusion quant à mon statut au sein du service. Malgré les explications sur mon travail préalablement faites, certaines patientes m'ont assimilée au personnel soignant. Cette confusion a été renforcée par l'attitude de certains médecins qui, quelques fois, ont sollicité mon assistance, en présence de la patiente, pour donner « un coup de main » et exécuter les tâches généralement assurées par l'infirmière ou la sage-femme.

En effet, par manque de personnel, le gynécologue, assurant les consultations seul, sans l'assistance d'une infirmière ou d'une sage-femme a requis mon aide. Il m'est arrivé, plus d'une fois, de relever le poids ou la tension artérielle de certaines patientes, de téléphoner au service de radiologie pour prendre un rendez-vous, pour une patiente, pour une mammographie ou de remplir la fiche technique (comprenant le but et la durée de la consultation, le nom du médecin, les examens effectués à la patiente) à soumettre au service financier pour la facturation. Face à une telle demande, j'ai certes été embarrassée, mais, dans une logique du don et du contre don, j'ai souvent accepté de devenir à la fois observateur et co-acteur (Sarradon-Eck 2008). Le principal impact de la confusion avec les soignants était que lorsque le médecin s'absentait un moment de la salle de consultation, les femmes me posaient des questions sur le service ou engageaient une conversation à propos de leurs soucis de santé. Je profitais alors de ces occasions pour clarifier mon statut au sein du service.

#### **II.2.2.2. Observer des consultations intimes**

En dehors du fait qu'elles sont réservées à des femmes en transition ménopausique ou en post-ménopause, les « consultations de ménopause » sont similaires à toute autre consultation gynécologique. Elles consistent, pour le gynécologue, à explorer les organes génitaux de la femme, amenée à se dénuder et à exposer les parties intimes de son corps. L'observation des premières consultations fut particulièrement émouvante et accompagnée d'une sensation de gêne pour moi. Mais, au fil des consultations, cette propension à s'émouvoir a largement diminué

pour faire place à la distanciation. Du côté des femmes, bien qu'elles aient accepté ma présence, je ressentais aussi quelques fois une certaine gêne de leur part, de même qu'une sorte de surveillance. Ainsi, pendant les examens cliniques, je surprénais certaines patientes en train de me scruter, se demandant si je regardais. Je devais alors constamment surveiller mon attitude pour ne pas perturber le déroulement de la consultation ou mettre les patientes mal à l'aise. À cet effet, j'ai choisi de me fondre dans l'espace observé et de me faire oublier (Fainzang 2006a) en plaçant ma chaise dans un angle, parallèle au divan gynécologique sur lequel se pratiquaient les examens cliniques.

Bien que devenue plus discrète, ma présence était toujours visible, par la prise de note, le regard ou même l'écoute. Et d'ailleurs, l'observatrice que j'étais, a souvent joué un rôle implicite pour réduire la gêne occasionnée pendant ou après les gestes de déshabillage de la femme. Ainsi, il arrivait que le médecin discute avec moi pendant que la patiente se dévêtait ou que celle-ci se tourne vers moi esquivant un petit sourire, à la recherche d'un soutien, au moment où elle sortait des toilettes prévues pour le déshabillage. Contrairement à ce qu'a affirmé Fainzang (2006a : 22), la présence de l'anthropologue, dans ce cas, n'est pas une « non-présence ».

L'observation des consultations de ménopause m'a permis « d'accéder à certaines dimensions du social » (Fabre 1992 : 43) en récoltant des données qui n'auraient probablement pas été accessibles uniquement par les entretiens avec les femmes ou avec les professionnels de la santé. Mais, elle s'est aussi révélée particulièrement importante pour la réalisation desdits entretiens. Du fait que j'ai commencé à effectuer les entretiens avec les femmes et les professionnels de la santé trois mois après avoir débuté l'observation, les échanges entre les femmes et les soignants auxquels j'ai pu assister m'ont permis d'une part de peaufiner mes différents guides d'entretien ainsi que les thématiques à aborder, et d'autre part de mieux saisir les informations obtenues par la suite, lors de ces entretiens.

### III. L'ANALYSE DES DONNÉES

La diversité du dispositif de récolte de données exposée dans la section précédente peut être considérée comme une limite importante pour une étude qui se veut comparative. En effet, les personnes ressources, les femmes principalement, n'ont pas été sélectionnées selon le même dispositif, comme cela a déjà été souligné. Par ailleurs, l'observation des consultations n'a été faite qu'en Suisse. Ce déséquilibre ne porte cependant pas préjudice aux analyses effectuées ou aux conclusions tirées de la présente étude, pour plusieurs raisons : 1) l'analyse du matériau porte principalement sur les entretiens, les notes d'observations venant souvent enrichir les informations recueillies lors des entrevues ; 2) la sélection différenciée des participantes à l'étude ne modifie pas forcément le contenu des informations car les entretiens ont été réalisés selon des grilles articulées autour des thématiques similaires, favorisant ainsi le dialogue du matériel ethnographique obtenu en Suisse et au Cameroun ; 3) s'il est vrai que certaines thématiques telles que les interactions entre les gynécologues et les femmes ont été mieux comprises et plus approfondies grâce à l'observation des « consultations de ménopause » en Suisse, il n'en demeure pas moins que les informations obtenues auprès des gynécologues et des femmes au cours des entretiens, sont tout aussi intéressantes et permettent aisément de saisir non seulement les rapports de pouvoir qui se jouent entre ces protagonistes, mais aussi de cerner les modalités de recours aux traitements par les femmes.

Pour mieux exploiter le contenu et la richesse des entretiens, ceux-ci ont été entièrement retranscrits afin de restituer l'authenticité des propos utilisés dans les extraits d'entretiens cités dans la suite du travail. Pour chaque entretien, je me suis efforcée de préserver les intonations en écoutant l'entretien plusieurs fois avant de le retranscrire. Cependant, lors de la rédaction, consciente du fait que l'« on ne peut rester fidèle dans la transcription » (Beaud et Weber 2003 : 245), j'ai choisi, à l'exception des hésitations et des silences qui paraissaient utiles, d'en éliminer certains afin de rendre le texte écrit lisible, comme le suggèrent Beaud et Weber :

« Nous estimons inutile la transcription littérale qui s'efforce de rester le plus proche possible de la langue parlée, qui produit aussi un texte « difficile » à lire » (2003 : 245).

Les entretiens avec les femmes et les professionnels de la santé, au Cameroun et en Suisse, ont préalablement été analysés de manière séparée. Ensuite, j'ai procédé à des confrontations et à des regroupements pour identifier des similitudes et des différences. Pour traiter ce matériau riche et dense, j'ai fait usage de l'analyse thématique (Paillé et Mucchielli 2008). En lien avec mes objectifs de recherche, j'ai procédé à une thématisation, c'est-à-dire au regroupement des données par thèmes, qu'il s'agisse des entretiens ou des notes d'observation.

Je n'ai pas eu recours à un logiciel d'analyse thématique des données, mais j'ai fait une analyse manuelle. Les thèmes identifiés ont émergé à la suite d'une lecture répétée du corpus. Certains thèmes ont ensuite été fusionnés, séparés ou subdivisés. Enfin, j'ai procédé à leur hiérarchisation sous forme de thèmes centraux et secondaires ou périphériques qui apparaîtront sous forme de sections et de sous sections dans les prochains chapitres.

Au cours de l'analyse des données récoltées, un dispositif d'anonymisation a été mis en place. Les prénoms utilisés pour qualifier les femmes, les naturopathes et les « faiseurs de remèdes » dans la présentation de la population cible, de même que dans la suite de ce travail sont fictifs.

## **DEUXIEME PARTIE : REGARDS DE FEMMES**



À partir d'une approche interprétative et compréhensive, cette partie a pour objectif de mettre en évidence le discours des femmes sur la ménopause de même que leur vécu subjectif. Il s'agit de leur donner une place dans la compréhension du phénomène ménopausique et de valoriser leur point de vue, de manière à dégager une pluralité de sens face à l'arrêt des règles. Toutefois, l'analyse du matériel récolté ne se limitera pas à relater ou à légitimer le point de vue des femmes. Elle consistera aussi à aller au-delà de leurs récits pour saisir les logiques sociales et culturelles sous-jacentes au contexte dans lequel ces récits sont faits.

Invitées à s'exprimer sur la ménopause, les réponses des Camerounaises et des Suissesses interviewées s'articulent autour d'un ensemble d'éléments hétérogènes incluant les représentations, le vécu concret et les attitudes éprouvées vis-à-vis de l'arrêt des règles. Bien qu'ils méritent d'être compris et analysés comme un tout, j'ai choisi de segmenter ces éléments en deux chapitres pour mieux en rendre compte. Le chapitre quatre énonce alors les différents aspects qui structurent les représentations de la ménopause tandis que le chapitre cinq révèle le vécu subjectif des femmes, leurs différentes attitudes à l'égard de la ménopause ainsi que les facteurs susceptibles de les influencer. Si les représentations associées à la ménopause et les types de vécu énoncés par les interlocutrices sont individuels, il n'en demeure pas moins qu'ils se construisent dans les interactions avec d'autres. Le chapitre six clôturera cette partie en mettant en relief ces acteurs qui participent à la construction des expériences ménopausiques des femmes.



## **CHAPITRE IV : LES REPRÉSENTATIONS PROFANES DE LA MÉNOPAUSE**

L'analyse du matériel ethnographique récolté auprès de Suissesses et de Camerounaises interviewées structure les représentations de la ménopause en plusieurs dimensions. Celles-ci se réfèrent soit aux phénomènes physiologiques, soit aux aspects sociaux ou symboliques qui se construisent autour de ces dimensions biologiques (Delanoë 1998b, 2006). Ainsi, la première section du chapitre explore les aspects physiologiques retenus par mes interlocutrices lorsqu'elles parlent de la ménopause. La deuxième section quant à elle s'articule autour de ses dimensions sociales.

### **I. LA RÉFÉRENCE AUX ASPECTS PHYSIOLOGIQUES**

La ménopause (naturelle) est un phénomène physiologique universel qui se définit par la disparition définitive du cycle menstruel. Il n'est donc pas étonnant de constater que parmi les aspects physiologiques qui apparaissent dans le discours des répondantes figure en premier l'arrêt des règles. Mais, selon les femmes, la définition de cette période ne s'arrête pas à la disparition des menstruations, elle s'étend aussi sur la mise en relief de l'arrêt de la fonction ovarienne et de l'arrêt de la fertilité annonçant la stérilité définitive comme dans les études de Delanoë (1998b, 2006) et Thoër-Fabre (2005).

#### **I.1. L'ARRÊT DES RÈGLES**

L'arrêt des règles, signalant la fin du cycle reproductif féminin est présenté par la totalité des Camerounaises et par la quasi-totalité des Suissesses (20/21) comme étant le signe visible et concret de l'entrée en ménopause. C'est, le plus souvent, par l'établissement de ce constat que les femmes commencent à s'exprimer sur la question ou à décrire leur expérience.

La représentation de l'arrêt des règles est généralement articulée à celle des règles elles-mêmes. Ainsi, tout en s'exprimant sur la cessation des menstrues, les femmes laissent émerger une expérience des règles perçue de manières diverses. Cette expérience est décrite au travers des aspects positifs et négatifs des règles qui induisent, soit un sentiment de satisfaction, soit de la contrariété au moment où elles s'arrêtent.

### ***1.1.1. La fin des ennuis et des restrictions***

Les règles sont décrites par la quasi-totalité des femmes interviewées, Suissesses et Camerounaises, comme étant ennuyeuses, inconfortables et pénibles. L'inconfort est présenté de manière variable et est difficilement quantifiable. La limite entre un inconfort simple et un réel désagrément semble parfois difficile à établir.

Les femmes pour qui l'inconfort provoqué par les règles est considéré comme supportable ou tolérable constituent plus de la moitié de l'échantillon en Suisse (15) et au Cameroun (14). L'inconfort est donc généralement acceptée, car faisant partie intégrante de leur vie de femme :

Les seins tendus, un peu comme ça énervée, beaucoup plus susceptible... Les seins douloureux c'est énervant, puis les règles elles-mêmes. C'est vrai qu'on est beaucoup moins confortable, il faut faire attention à comment on s'habille et tout ça, il faut le gérer. Mais, je trouve que ça faisait partie du fonctionnement de l'organisme. C'est pas génial, on s'en passerait. Dans la vie de tous les jours c'est plutôt encombrant, mais ça fait partie de notre vie. (Carine, Suissesse, 58 ans, cadre)

Peut-être quand on est encore jeune, quand ça vient de commencer, où on est un peu gêné d'avoir cette sensation-là. Mais avec le temps, on s'habitue et ça fait qu'on intègre ça dans sa vie. Il y a peut-être un inconfort, quand je suis avec les gens. Je fais toujours attention à mon corps, est-ce qu'il n'y a pas les règles qui sortent déjà quelque part, est-ce que l'habit est toujours propre. (Katia, Camerounaise, 57 ans, cadre)

Une minorité de femmes interviewées (six Camerounaises et six Suissesses) décrit des douleurs invalidantes, une gêne importante et suffisamment prononcée

pouvant entraîner un alitement. Les règles sont alors perçues comme un véritable ennui. Les interlocutrices soulignent autant leur caractère contraignant, l'inconfort que la pénibilité qui entraînent des perturbations dans la réalisation des activités quotidiennes, professionnelles ou même ludiques :

Les règles, c'est quelque chose que j'ai apprécié de ne plus avoir. *Pourquoi ?* Ah ça j'aimais pas trop. J'avais des règles trop fortes, alors j'avais toujours peur que ça coule, je n'étais pas à l'aise. Au départ c'était un peu dégoûtant, et puis des fois c'est quelque chose de... d'embêtant (...) Si vous avez une sortie, ou si vous devez aller en vacances, on n'est pas très bien avec ça. Puis, j'avais des douleurs très fortes, au début, très fortes. Je prenais des antalgiques et je devais me coucher et quand ça allait mieux, je pouvais continuer le travail. C'est vraiment l'inconfort. (Joëlle, Suisse, 59 ans, travailleuse indépendante)

Personnellement, je ne les ai pas trop aimées. J'avais beaucoup de problèmes : je les ai eues tard à 16 ans, puis une semaine avant, j'étais malade, alitée et elles mettaient tellement long, 8 à 9 jours. Après on a eu recours au gynécologue qui les a un peu stabilisées à mon adolescence, mais elles m'avaient déjà laissé cet arrière goût. (Frieda, Camerounaise, 53 ans, cadre)

La vie sexuelle étant aussi influencée par l'écoulement périodique des règles, beaucoup d'interlocutrices, Camerounaises et Suissesses affirment qu'elles appréciaient plutôt cette période car elle leur donnait l'occasion de pouvoir décliner l'invitation du partenaire à avoir les rapports sexuels sans que ce ne soit mal perçu par ce dernier.

C'est pour des questions d'hygiène que la quasi-totalité des femmes affirme qu'elles s'abstenaient et reportaient leurs activités sexuelles pour la période après les règles. Plus que d'une attitude imputable à la conception de la femme menstruée dans la morale chrétienne ou d'autres religions, l'interruption de la vie sexuelle pendant la période menstruelle relève d'un choix individuel. Elle dépend plus du sentiment de gêne et de malaise éprouvé que du questionnement sur la légitimité des rapports sexuels pendant cette période :

Je ne pouvais pas avoir des rapports sexuels ces jours-là  
*Pourquoi ?* On est mal à l'aise. On a du sang qui coule, sans protection, on ne va pas en mettre partout. C'est pas très hygiénique. (Bernadette, Suisse, 61 ans, FFNE)

On était souvent obligé d'arrêter les rapports sexuels  
*Pourquoi ? Vous pensez que les règles sont impures ?* Pas du tout, mais avec tout ce sang on va salir partout et c'est ça qui me gênait. Je ne voulais pas tout laver après (Frieda, ménopausée, Camerounaise).

Mais, si pour ces femmes l'interruption des rapports sexuels semble n'avoir aucun rapport avec la religion, il n'en demeure pas moins, qu'elle fait partie d'un univers symbolique. En effet, comme le montre Douglas (1971) la « saleté » profane et la « souillure » sacrée, définies avec le même arbitraire, contribuent toutes les deux à la constitution d'un ordre symbolique. La saleté n'est pas quelque chose d'isolé, mais le sous-produit de classifications de la matière. L'attitude de ces femmes vis-à-vis des rapports sexuels pendant les règles révèle ainsi les systèmes de classifications de l'ordre et du désordre, du sale et du propre qui l'entoure, qui sont inculqués par la société et qui sont solidement ancrés dans leur imaginaire.

Sur un plan pratique, l'arrêt des règles est donc perçu, par la grande majorité des femmes interviewées, indépendamment du contexte, comme étant un soulagement et une véritable libération parce qu'il met fin aux précautions à prendre pour éviter de tâcher les vêtements ou la literie, aux transformations corporelles entourant cette période, aux tracasseries, aux douleurs, au handicap ou à l'inconfort souvent éprouvés lors des activités quotidiennes, professionnelles ou ludiques.

Au-delà de cette dimension pratique, deux Camerounaises ont fait allusion aux restrictions socioculturelles entourant la période des règles. En effet, l'impureté longtemps attribuée aux règles n'a pas encore disparu dans l'imaginaire de ces deux femmes. Le flux menstruel était considéré comme impur et souvent associé à des interdits, à des croyances, qui même s'ils ne sont pas aussi prégnants en ville qu'en campagne sont restés présents dans le vécu de ces femmes :

De façon traditionnelle, chez nous les Beti, on sait que les femmes en période de règles ne doivent pas faire certaines choses, préparer le nnam kas<sup>42</sup>, cultiver les pistaches, le piment. Le piment, il ne faut même pas le toucher, si non il sèche. Donc il fallait respecter tout ça. Maintenant, on est plus libre. (Lucie, Camerounaise, 58 ans, femme au foyer)

Je me disais que quand j'avais mes règles, je ne pouvais pas prendre ma bible et la lire parce que je me sentais impure. J'ai fait le collège chez les religieuses et c'est l'éducation que j'ai reçue. J'ai vécu comme ça. Je priais mais je ne touchais pas à la Bible. J'ai éduqué mes filles comme ça. (Alexia, Camerounaise, 58 ans, cadre)

Le discours de ces deux femmes ne se situe cependant pas dans le même registre. Le rapport à la lune, très présent dans la pensée beti, comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, semble marquant dans le discours de Lucie. Chez les Beti, en effet, non seulement la périodicité féminine s'ajuste sur le cycle lunaire, mais aussi, les pouvoirs (pouvoirs de destruction sur tout ce qui pousse, entrave à la guérison de la circoncision...) qu'on attribue aux femmes menstruées sont comparables à ceux de la lune dans son décours (Ombolo 1990). Soumises au rythme ascendant et descendant de la lune et pour rester en accord avec le rythme cosmique, les femmes sont aussi soumises à plusieurs interdits pendant la période menstruelle. En milieu urbain, la mixité culturelle a entraîné le recul des traditions sur plusieurs plans. C'est ce qui explique l'absence de ces aspects symboliques dans le discours de la majorité des interviewées de Yaoundé.

Dans le discours d'Alexia, par contre, on remarque l'influence du catholicisme qui a marqué un grand nombre de sociétés. On se souvient de ce texte du Lévitique : « la femme qui aura un flux, un flux de sang en sa chair, restera sept jours dans son impureté. Quiconque la touchera sera impur jusqu'au soir. Tout lit sur lequel elle couchera pendant son impureté sera impur, et tout objet sur lequel elle s'assiera sera impur » (Le Lévitique 15, versets 19-27). Aujourd'hui, une évolution des

---

<sup>42</sup> Il s'agit d'un met traditionnel, à base d'amendes appelées pistaches, souvent préparé à l'occasion de grandes cérémonies, telles que le mariage.

mentalités en ville implique aussi un éloignement vis-à-vis de cette morale chrétienne. En dehors du soulagement éprouvé, sur le plan physique par l'arrêt des règles, Alexia et Lucie expriment aussi la joie de ne plus risquer de transgresser ces interdits.

### ***1.1.2. La contrariété de la fin***

Une espèce d'ambivalence caractérise l'arrêt des règles. Pour une minorité de femmes, à la satisfaction éprouvée du point de vue du confort se mêle une espèce de regret, de contrariété ou de nostalgie. Bien que les femmes n'aient pas toujours apprécié la gêne occasionnée par les règles, une minorité de Suissesses (6) et de Camerounaises (4) regrettent malgré tout la perte de leur activité menstruelle.

Pour certaines femmes, les règles constituent un bon rythme physiologique. La notion du temps, chez elles était scandée par ces saignements à intervalles plus ou moins réguliers. Les règles structuraient ainsi le temps qui passe, donnant un rythme qui, lorsqu'il est interrompu donne l'impression d'une perte d'harmonie biologique :

Je crois que c'est un bon compteur du temps. C'est le corps qui s'exprime. Ça montre que le temps s'écoule (Carine, Suissesse, 58 ans, cadre)

C'était un peu le rythme du temps, c'est-à-dire que je savais qu'il y avait un mois qui s'était écoulé et après, tu perds ce repère. (Christine, Suissesse, 54 ans, cadre)

C'est très important, parce que quand tu as tes règles, tu es déjà habituée. Tu sais que tu as une date, un cycle. Quelque soit ce que tu fais, tu le fais en fonction de ce cycle. (Huguette, Camerounaise, 56 ans, femme au foyer)

Pour d'autres, les règles avaient une valeur purificatrice. La référence au modèle humoral<sup>43</sup> semble rare au sein de la population interviewée. Cependant, quelques Suissesses et Camerounaises attribuent une fonction de nettoyage aux règles. Dans la logique des humeurs, les règles étaient dotées d'un pouvoir équilibrant et régénérant. Elles apportaient la santé au corps et assuraient son équilibre. Les troubles qui apparaissent ou qui sont ressentis à la ménopause pourraient s'expliquer par la rupture de cet équilibre :

En dehors du fait que ça permet d'avoir des enfants, c'était bon pour le corps, ça nettoyait, ça purifiait. On se sentait mieux après. (Clémentine, Suissesse, 66 ans, cadre retraitée)

Quand les règles arrivent, il y a une sorte de soulagement qui les accompagne, d'apaisement, comme si les tensions s'en allaient. Pour moi c'est bon que ça s'écoule. J'acceptais ces hauts et ces bas qu'on a dans un mois. (Joëlle, Suissesse, 59 ans, travailleuse indépendante)

Quand j'avais mes règles ça me nettoyait le corps. Et puis quand on a les règles on est en santé. Quand ça avait commencé à me déranger je me suis dit que c'est la maladie qui arrive et j'étais inquiète. On sait que ça vient chaque mois et quand ça disparaît on se pose des questions (Mariane, Camerounaise, 65 ans, travailleuse indépendante)

Dans la vie d'une femme, les règles sont importantes. Les règles sont aussi importantes pour le maintien du corps. Elles entretiennent le corps pour qu'il soit beau et sain. Quand on ne les a plus, le corps devient bizarre, il n'est plus ferme comme quand on les a. ça entretient et protège le corps. (Julia, pré-ménopausée, Camerounaise, 52 ans, femme au foyer)

Abondant, plutôt, dans le sens de la conception biomédicale, Martha, post-ménopausée et Madeleine, pré-ménopausée, expriment aussi la nostalgie qu'elles éprouvent quant à l'arrêt des menstruations :

Je trouvais que c'était peut-être une protection. J'avais la peau moins sèche et j'étais contente. On était contente de les avoir. Puis après on se dit oh c'est bientôt fini. On va commencer à devenir tout sec, parce que s'il n'y a plus les

---

<sup>43</sup> Le modèle humoral auquel se réfère les Camerounaises, bien que comparable à celui de la médecine préscientifique, s'est développé chez les Beti de manière endogène. Il a d'ailleurs servi de socle pour expliquer l'apparition de certaines affections ou maladies.

règles, on sait aussi qu'il n'y a plus les hormones qui maintenaient tout en bon état. Donc il y a quand même une espèce de petit regret parce qu'on se dit ben voilà une phase qui se termine. Puis c'est surtout ce dessèchement : on se dessèche vaginalement, la peau et tout. Ça, ça me dérange. (Martha, Suisse, 54 ans, FFNE)

Ça rassure et on sait que tout va bien dans notre corps. Une fois qu'elles ne viennent plus... oh quelle horreur. Moi je préférerais les avoir encore hein. Je préférerais que ça dure encore au moins trois à quatre ans, mais bon...  
*Pourquoi ?* Parce que je... quand les règles s'arrêtent il y a les problèmes de bouffées de chaleur, il y a l'humeur qui change... (Madeleine, pré-ménopausée, Suisse, 52 ans, employée)

Bien qu'elles soient peu nombreuses, certaines femmes, voient effectivement comme douloureuse l'idée de ne plus être menstruée.

Bien que les « consultations de ménopause » soient axées sur l'arrêt des règles et de ses conséquences, les questions relatives aux représentations et à l'expérience des règles ou de leur arrêt ne sont généralement pas abordées de manière systématique. Madame X, d'origine albanaise, est l'une des rares femmes qui a donné son opinion, de manière très spontanée, sur l'arrêt des règles pendant la consultation. Agée de 45 ans, mariée et mère de trois enfants, cette femme affirme que sa ménopause est arrivée brusquement. Elle l'attribue d'ailleurs à la prise de médicaments (des vitamines) qui lui auraient été prescrits lors d'une consultation précédente. Le gynécologue conteste vivement cette influence qu'auraient eu les vitamines sur l'arrêt des règles et madame X se sent désemparée. Elle continue en disant qu'elle « est très énervée, parce qu'elle se sentait bien avec les règles » et qu'elle « ne s'attendait pas à avoir la ménopause maintenant ». Elle demande enfin au gynécologue s'il y aurait un traitement qui lui permettrait de continuer à avoir les règles. Celui-ci lui explique les risques du traitement hormonal qu'il se refuse à lui donner. Madame X repart de la consultation déconcertée, non seulement parce la prise de vitamines qui, pour elle, constituait la cause de l'arrêt brutal des règles, n'avait pas été entérinée par le médecin, mais aussi, parce qu'elle a compris qu'elle n'aurait plus jamais ses règles.

## I.2. LA FIN DE LA PÉRIODE DE FERTILITÉ

D'après la majeure partie des interviewées suissesses (18) et pour toutes les Camerounaises, les règles ont comme principale utilité de permettre aux femmes d'être fécondes. La ménopause, arrêt des règles est, par conséquent, aussi associée à la fin de la fertilité. Les réactions face à cet arrêt sont variables et dépendent du rapport à la maternité et du fait d'avoir eu des enfants ou non.

Un grand nombre de Suissesses apprécie d'avoir connu l'expérience de la maternité perçue comme « l'aboutissement du couple », une « manière d'assurer la continuité de la vie ». La plupart de ces femmes affirment avoir eu les enfants qu'elles désiraient et, le plus souvent, quand elles le désiraient. L'arrêt de la fertilité semble alors peu problématique pour elles, d'autant plus qu'il intervient à un âge où elles ne souhaitaient plus réellement avoir des enfants :

Moi, ça ne me faisait rien parce que j'ai des enfants. On n'en voulait pas plus deux. J'étais plutôt contente de savoir que je n'ai plus à me protéger. (Berthe, Suissesse, 59 ans, FFNE)

La ménopause fait partie de notre corps, physique. La biologie a construit notre corps comme ça. De voir comment ça se passe, je trouve ça génial. La ménopause arrive à un moment où au niveau énergie et tout ça descend, on vieillit. Alors faire des enfants à 50 ou 60 ans, c'est de la folie furieuse. On n'a pas d'énergie pour éduquer un enfant. Je trouve que c'est une espèce de sauvegarde du corps. Ça tombe bien. Il y a des moments pour tout dans la vie. (Helena, Suissesse, 65 ans, cadre retraitée)

Un peu plus de la moitié des Suissesses (12) a anticipé l'arrêt de la fécondité induite par la ménopause en ayant recours à une méthode de contraception souvent qualifiée d'irréversible : la stérilisation féminine ou ligature des trompes. L'intérêt pour la stérilisation féminine, qui remonte à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle et qui s'est généralisée autour des années 30, s'est accru autour des années 60, parallèlement à l'émergence d'autres techniques de régulation des naissances (OMS 1994). Pour les Suissesses rencontrées, le désir d'avoir des familles moins nombreuses, la non tolérance des contraceptifs habituels ou leurs défaillances (un certain nombre de

ces femmes ont affirmé avoir été enceinte sous pilule ou sous stérilet) sont à l'origine de l'engouement massif pour ce saut vers l'irréversible. Cette anticipation justifie l'indifférence dont elles font preuve par rapport à l'échéance biologique de la fertilité à la ménopause :

J'ai pris la pilule pendant quatre ans, puis j'ai arrêté pour faire mes enfants. J'ai recommencé la pilule quelques temps et après, je me suis faite ligaturée, parce que j'ai quand même été enceinte sous pilule et j'ai dû me faire une IVG (Interruption Volontaire de Grossesse). Pour moi, c'était clair et net dans ma tête. J'en voulais deux, j'en ai eu deux et donc j'ai choisi de me faire ligaturer. Donc, la ménopause ne m'a pas posé de problème sur ce plan-là. (Marielle, pré-ménopausée, Suisse, 50 ans, cadre)

J'ai pris la pilule pendant une année entre le premier et le deuxième enfant et j'étais mal, j'ai pris du poids, j'avais des envies de vomir tout le temps et j'étais déprimée, mais c'était épouvantable. Après la naissance de mes enfants, j'ai subi une ligature des trompes pour être plus tranquille. Ce n'est pas à la ménopause que j'allais commencer à regretter de ne plus pouvoir accoucher (Claudia, Suisse, 61 ans, AI)

Les quatre Suissesses qui n'ont pas eu volontairement des enfants, sont tout aussi indifférentes à l'arrêt de la fertilité induite par la ménopause. N'ayant pas voulu d'enfant, elles ont anticipé la fin du pouvoir de procréation

Tout comme les Suissesses, la grande majorité des Camerounaises (17) apprécie aussi de ne plus être féconde. La fécondité ici est perçue comme une possibilité de pérenniser le lignage. De manière générale, l'enfant demeure le symbole de la richesse, le but premier du mariage et un moyen de consolidation des liens conjugaux. La procréation est alors une valeur sociale primordiale et un devoir pour les femmes que la plupart des interlocutrices pensent avoir accompli. La ménopause est alors prise sous son bon angle :

Moi je crois que c'est comme quand on a passé un concours et qu'on l'a réussi. J'ai eu ma première fille à 19 ans et presque tous les deux ans j'avais un bébé jusqu'à 34 ans. Pour moi, c'est plutôt un grand soulagement d'avoir pu exercer cette activité d'éducatrice dans des conditions souvent pas très faciles. Je n'ai donc vraiment pas de regret ou quoi que ce soit. (Frieda, Camerounaise, 53 ans, cadre)

Très peu de Camerounaises affirment avoir utilisé de contraceptifs, pour de nombreuses raisons : la contrainte, le coût, les effets secondaires (nausées, fatigue, perte de poids, chute de cheveux). La disparition du risque d'être enceinte est particulièrement appréciée par ces femmes et perçue comme un soulagement. Mais, la ménopause est aussi la bienvenue même pour celles qui ont utilisé des contraceptifs et qui se disent débarrassées de toutes ces contraintes et du risque de grossesse qui n'était pas toujours complètement écarté :

*Avez-vous utilisé des contraceptifs ?* Oui. J'ai pris d'abord les pilules, ensuite je me suis mise sous stérilet pendant des années.

*Pourquoi ?* Pour ne plus avoir de mauvaise surprise avec les grossesses. J'ai eu ma première fille sous pilule et j'ai été plus à l'aise avec le stérilet. Mais, c'est vrai qu'à la ménopause on se sent plus libre. Au moins sur ce plan-là, on est vraiment libéré. (Laurette, Camerounaise, 50 ans, cadre)

Entre mes enfants qui ont 25 et 18 ans. J'ai pris la pilule.

*Pourquoi l'as-tu prise ?* Pour arrêter un peu d'accoucher. Mais ça m'a beaucoup dérangé, j'avais les cheveux qui se cassaient énormément et j'avais beaucoup maigri. Après, j'ai arrêté. Quand la ménopause est déjà installée, on respire un peu parce qu'on n'a plus la crainte de devoir tomber enceinte, d'avoir un enfant qui n'est pas désiré. (Jocelyne, Camerounaise, 53 ans, employée)

Pour les Camerounaises, la stérilisation féminine n'est pas une méthode de contraception courante. Katia est la seule Camerounaise interviewée qui admet avoir subi la ligature des trompes pour des raisons médicales. Celle-ci est survenue alors qu'elle avait déjà cinq enfants. La ménopause, n'a donc pas non plus été problématique pour elle parce que l'arrêt de la fertilité avait déjà été anticipé.

En somme, pour la majeure partie des Suissesses et des Camerounaises, l'arrêt de la fertilité a été apprécié de manière positive. Mais, le « jamais plus d'enfant », est aussi mal supporté par certaines femmes. L'arrêt de la fertilité, conséquence irréversible et inéluctable de la ménopause apparaît particulièrement pénible pour Joëlle, Suissesse et pour Roberta, Camerounaise, qui ont pourtant procréé :

Ça veut dire qu'on ne peut plus faire d'enfant, qu'il y a une espèce de regret de ne plus pouvoir les faire.

*Même si on n'en voulait plus ? Mais oui, c'est bizarre. C'est comme une page qui se tourne. On n'a plus la liberté de dire, je veux, je ne veux pas, on ne l'a plus sauf si on a recours à des méthodes... (Joëlle, Suissesse, 59 ans, travailleuse indépendante)*

*La seule crainte pour moi c'est de ne plus pouvoir procréer parce que j'adore les enfants. Moi si je suis enceinte maintenant, je ferai mon enfant. Ça ne vous dérangerait pas d'avoir un enfant à plus de 50 ans ? Non, j'ai toujours le désir d'avoir un enfant. Je le dis sans ambages. Que j'aie un enfant à 50 ans ne me gênerait pas. (Roberta, pré-ménopausée, Camerounaise, 48 ans, cadre)*

Les deux femmes n'expriment pas les mêmes motifs. Elles n'ont ni le même statut ménopausique ni les mêmes caractéristiques sociodémographiques et se rapprochent très peu du profil des « maternelles » établie par Delanoë (2006). Joëlle est âgée de 59 ans et est post-ménopausée. Elle est mariée, a un niveau d'études primaire et travaille comme coiffeuse à son domicile. Même si elle ne désire plus avoir d'enfant, Joëlle admet avec beaucoup de difficultés cette interruption de son horloge biologique. Il s'agit d'une contrainte qui lui ôte la liberté dont elle jouissait de pouvoir choisir d'avoir un enfant ou de ne pas l'avoir. Roberta, quant à elle, est pré-ménopausée et a 48 ans. Elle est célibataire (mais vit en couple), a un niveau d'études supérieur et occupe un poste de cadre dans l'administration publique. Même si elle a eu des enfants et que son travail la satisfait, la perte de la capacité d'enfanter, dans un futur proche, suscite une véritable angoisse. Elle redoute la difficulté de ne plus pouvoir assouvir le désir d'enfant qu'elle porte toujours en elle.

Cependant, les règles représentent la garantie de la puissance maternelle (Laznik 2003) pour ces deux femmes. La cessation définitive de leurs potentielles maternités, à l'arrêt des règles, les renvoie à ce qu'elles ne peuvent plus donner et donc à ce qu'elles aimeraient donner (Harmel 1996).

Au sein de la population interviewée, il n'existe aucune Camerounaise qui ait choisi de ne pas donner la vie. Celles qui n'ont pas pu avoir d'enfants ne le sont

qu'involontairement. Pour celles-là, de même que pour la Suisse qui se trouve dans la même situation, la fin de la période de fertilité a été ressentie comme une perte. La ménopause apparaît particulièrement douloureuse, car elle représente la fin d'un espoir : celui d'enfanter. L'arrêt de la menstruation implique de faire le deuil d'une maternité jamais assouvie et désormais impossible :

J'étais consciente que c'est une période avec laquelle les choses changeaient. Puis ce qui m'a le plus frappée, c'est... on se dit que c'est vraiment fini. Mais de toutes façons, ça fait quand même un moment que...jusqu'à 40-42 ans, on peut imaginer avoir des enfants, mais après...je trouve que ça devient déraisonnable aussi par rapport aux enfants, parce que, voir des enfants de 10 ans qui ont des parents de 70 ans c'est quand même pas non plus un cadeau pour eux. Ça c'est un deuil que j'avais déjà plus ou moins fait, la ménopause n'est qu'une confirmation. Mais, c'est vrai que le fait de savoir qu'on ne pourra plus jamais avoir d'enfant, ça fait quelque chose. J'étais quand même triste. (Carine, Suisse, 58 ans, cadre)

Pour moi, c'est le jour où j'ai su que je ne peux plus avoir d'enfant. J'en ai fait un deuil et j'ai pleuré. À la pré-ménopause, j'avais encore espoir mais quand ça a complètement disparu, j'ai compris que tout était fini. Il n'y a plus rien. (Alexia, Camerounaise, 58 ans, cadre)

Remarquons tout de même que contrairement à Carine qui affirme avoir commencé à renoncer à avoir un enfant au-delà de 40 ans, Alexia avait gardé espoir. Quel que soit l'âge, elle n'aurait pas hésité à avoir cet enfant si les circonstances le lui avait permis. Pour pallier ce manque, Alexia, contrairement à Carine, a choisi d'adopter plusieurs enfants au sein de sa famille élargie. Elle parle alors de « fécondité sociale ».

Pendant les consultations observées, femmes et gynécologues abordent très peu les questions liées à l'arrêt de la fertilité et à l'impact qu'il peut avoir. Lorsqu'elles le sont, le gynécologue en parle pour deux raisons précises : soit quand la ménopause est confirmée pour certifier à la femme qu'elle n'a plus besoin de contraception ; soit en début de pré-ménopause, pour lui expliquer qu'il est important de maintenir

l'utilisation de contraceptifs afin d'éviter d'éventuelles grossesses non désirées, car même si les règles ont tendance à s'espacer, le risque de grossesse reste possible.

## **I.2. L'ARRÊT DU FONCTIONNEMENT OVARIEN**

Mon matériel ethnographique confirme les travaux de Kaufert (1982) sur le décalage que l'on peut percevoir entre la définition biomédicale de la ménopause et celle des actrices elles-mêmes. Ainsi, alors que dans le modèle biomédical, l'arrêt du fonctionnement ovarien apparaît central dans la définition de la ménopause, elle n'apparaît que très peu dans le discours des femmes que j'ai rencontrées ou observées. Ainsi, aucune Camerounaise n'a évoqué l'arrêt du fonctionnement ovarien comme étant un indicateur de la survenue de la ménopause. La baisse ou l'arrêt de l'activité ovarienne comme l'un des indicateurs de la ménopause a uniquement été soulignée par six Suissesses comme étant l'élément déterminant de l'arrivée à la ménopause. Trois de ces femmes adhèrent explicitement au discours biomédical ambiant en faisant allusion à l'importance des hormones dans le corps de la femme. Les variations hormonales de la pré-ménopause ou la cessation définitive des sécrétions hormonales à la ménopause sont perçues comme étant à l'origine des manifestations observées. Le corps à la ménopause est perçu comme un corps « en carence hormonale » et l'arrêt des sécrétions ovariennes constitue pour ces femmes une source de pathologie diverses :

Je pense que dès la pré-ménopause, les hormones commencent à dérailler, à marcher autrement. Et à la ménopause, les ovaires cessent de produire les hormones et on le ressent bien avec tous ces troubles. Heureusement, moi, je n'ai pas de risques d'ostéoporose. (Lara, Suissesse, 62 ans, cadre)

Mais c'est un grand chambardement (...) On sent qu'il se passe quelque chose quand même au niveau hormonal parce que les ovaires cessent de fonctionner. Le corps change, on commence à avoir ces bouffées de chaleur ou même d'autres maladies. (Christine, Suissesse, 54 ans, cadre)

La ménopause c'est que la fécondité est finie même si moi...toutes les petites tracasseries, les bobos qui commencent, les bouffées, les cheveux, la peau, enfin tous ces petits problèmes hormonaux quoi. Maintenant je dois faire plus

attention à mon poids. (Madeleine, pré-ménopausée, Suisse, 52 ans, employée)

Deux autres femmes, tout en définissant la ménopause comme l'arrêt de l'activité ovarienne, s'éloignent du modèle biomédical du corps à risque ou en carence. L'arrêt du fonctionnement ovarien est simplement pour elles une étape normale et inéluctable du cycle de vie féminin : « les ovaires sont pleins à la naissance, ils sont vides à la ménopause. On ne peut rien faire à ça », affirmait l'une d'entre elles.

Parmi les femmes qui parlent de l'arrêt du fonctionnement ovarien figure aussi Bernadette, Suisse, qui a subi une ablation chirurgicale de l'utérus, avec conservation des ovaires. Pour elle, la ménopause ne signifie pas uniquement l'arrêt des règles, car ce signe a disparu après l'hystérectomie. Mais elle affirme que les ovaires ont continué de fonctionner et de sécréter les hormones. Elle ne s'est, par conséquent, pas sentie ménopausée avant l'arrêt complet du fonctionnement ovarien et des sécrétions hormonales qu'elle identifie par l'apparition des bouffées de chaleur :

*Vous, on vous a enlevé la matrice c'est ça ? Oui, ils m'ont enlevé la matrice et le col, mais ils ne m'ont pas enlevé les ovaires, près de 10 ans avant la ménopause. Après l'hystérectomie, je n'avais aucun symptôme de la ménopause parce que les ovaires ont continué de fonctionner. L'ovule, elle va dans la paroi abdominale et puis c'est tout.*

*Qu'est-ce qui vous a signalé que vous étiez à la ménopause ? Ce sont les bouffées de chaleur qui ont commencé et tous les inconvénients de la ménopause. (Bernadette, Suisse, 61 ans, FFNE)*

Pendant les « consultations de ménopause », il arrive que certaines femmes veuillent avoir d'amples informations sur le phénomène ménopausique. Les professionnels donnent très souvent des explications scientifiques relatives au fonctionnement du système endocrinien et aux conséquences de l'arrêt des sécrétions ovariennes. Les femmes, en revanche, ne parlent pas explicitement de l'arrêt des fonctions ovariennes lors des consultations. Toutefois, implicitement,

certaines y font allusion lorsqu'elles réclament le traitement hormonal en exprimant le besoin des hormones, qui redonneraient santé et vigueur à leur corps.

Il est important de souligner que l'expression « hormones » est utilisée par de nombreuses femmes autant pour désigner les hormones endogènes (produites par les ovaires avant la ménopause) que pour faire allusion au traitement hormonal. La référence à ce dernier est cependant plus fréquente.

## **II. LA RÉFÉRENCE AUX ASPECTS SOCIAUX ET SYMBOLIQUES**

Pour mettre en exergue l'évolution de la perception sociale des femmes à la ménopause, Delanoë (2006) a repris le concept bourdieusien de « capital symbolique ». Celui-ci fait référence à « n'importe quel propriété (...) lorsqu'elle est perçue par des agents sociaux dont les catégories de perception sont telles qu'ils sont en mesure de la connaître (de l'apercevoir) et de la reconnaître, de lui accorder valeur » (Bourdieu cité in Delanoë 2006 : 139). La perte du « capital symbolique » décrite par Delanoë se décline en deux variables en l'occurrence la perte de la féminité et de la jeunesse. L'allusion à ces deux dimensions se trouve en filigrane dans le discours des Suissesses et des Camerounaises interviewées.

### **II.1. LA PERTE DE LA FÉMINITÉ**

Depuis que les femmes sont des femmes, elles ont les règles. Peut-on être femme sans avoir les règles ? La question se pose tant le fil rouge des règles a été déterminant dans la vie privée et sociale des femmes. Le sang menstruel apparaît comme étant le marqueur du féminin, puisqu'il est propre au sexe féminin. L'arrêt des règles implique-t-il pour autant la perte de la féminité ?

Dans le discours dominant, biomédical ou populaire, la ménopause implique une perte de la féminité. De Beauvoir l'avait déjà exprimé en 1949 lorsqu'elle affirmait

qu'à la ménopause « la femme est brusquement dépouillée de sa féminité ; c'est encore jeune qu'elle perd l'attrait érotique et la fécondité d'où elle tirait, aux yeux de la société et à ses propres yeux, la justification de son existence et ses chances de bonheur » (1949 : 399). L'analyse des entretiens permet de constater que l'avis des femmes interviewées est hétérogène et que seule une minorité de l'échantillon partage cet avis.

Les réponses des femmes interviewées ne sont pas consensuelles et divergent sur plus d'un point. D'abord, au sujet de la définition de la féminité, qui s'avère extrêmement complexe : les réponses s'articulent autour des aspects morphologiques, physiologiques et de la qualification d'un comportement lié aux femmes, à une attitude.

Pour certaines femmes, indépendamment du contexte, la féminité est fondée sur leur aspect physique ou sur leur morphologie :

Physiquement on est différente de l'homme. On a les seins, on a les organes sexuels différents et on a les formes. (Berthe, Suisse, 59 ans, FFNE)

J'ai un corps de femme, différente de celui d'un homme. J'ai les organes sexuels différents et même mes formes sont différentes de celles d'un homme (Frieda, Camerounaise, 53 ans, cadre)

Pour d'autres, la féminité réside dans la façon de prendre soin de son corps, de le porter et même de le vêtir. Il s'agit d'une construction sociale, qui renvoie en partie à la notion de l'hexis corporelle (Boltanski 1971 ; Bourdieu 1980) :

La féminité c'est... je n'arrive pas trop à la définir. On sait qu'une femme doit par exemple avoir les cheveux longs, se maquiller, peut-être une poitrine un peu opulente, la manière de se mouvoir, porter les talons, les jupes ou les robes, les choses comme ça » (Lucienne, Suisse, 50 ans, employée)

J'ai été construite socialement comme une fille : passer le temps à sourire, à essayer d'arrondir les ongles, à être au service de..., à être à l'écoute. Pour moi, la féminité c'est quelque chose de très constructif. Je suis femme ou

féminine parce que j'ai reçu cette construction sociale, par exemple, voir les petites filles en rose. (Helena, Suisse, 65 ans, cadre retraitée)

On ne choisit pas d'être femme. Dès qu'on sait qu'on est une femme, on se comporte comme tel. Quand on est femme, tu seras obligée de prendre soin de ta tête par exemple, contrairement à notre frère... tu passes devant une parfumerie, tu vois un rouge à lèvres, ça va attirer ton attention. Tu vas chercher à être élégante, porter les talons ou les robes. (Katia, Camerounaise, 57 ans, cadre)

Pour d'autres encore, la majorité (12 Suissesses et 13 Camerounaises), la féminité ne réside pas uniquement dans ces atours (maquillage, vêtements), mais dans l'attitude. C'est une manière d'être au monde. La féminité fait alors référence à des qualités favorisant l'harmonie dans les relations avec les autres et s'exprime à travers le don de soi, la douceur, la tendresse ou la sensibilité (Servan-Schreiber 1994) :

D'abord c'est la douceur, l'amour qu'on peut donner aux autres. C'est un peu un don de soi pour que les autres soient heureux (Anaïs, Suisse, 61 ans, FFNE<sup>44</sup>)

La féminité pour moi, c'est d'être plus proche de la vie que les hommes. C'est un peu la douceur, être attentive à la fragilité des choses, de savoir la préserver. (Carine, Suisse, 58 ans, cadre)

C'est le fait de sentir les choses plus finement qu'un homme, d'être douce, attentionnée. Une femme doit être tendre. (Alexia, Camerounaise, 58 ans, cadre)

C'est aussi ce rayonnement de douceur, la sensibilité, avoir la capacité de prendre soin des autres, d'être tendre avec les autres, les enfants par exemple. (Frieda, Camerounaise, 53 ans, cadre)

Sonia et Martha notent une évolution dans le concept de féminité, qui est entré dans une nouvelle époque. Autrefois, la féminité se conjugait uniquement avec la maternité et la réalisation des tâches féminines, dans la sphère privée. Aujourd'hui, les femmes sont impliquées dans la vie publique, professionnelle et politique :

---

<sup>44</sup> FFNE : Femme au Foyer à la Naissance des Enfants

C'est aussi quelque chose qui a changé. À notre époque, une femme était féminine parce qu'elle était jolie, gracieuse, pas soumise à l'homme, mais... docile. Elle devait bien tenir le foyer. Tout ça faisait partie de la féminité. Aujourd'hui l'image de la féminité a changé. Les femmes s'affirment beaucoup plus. Elles travaillent dehors, s'engagent dans la politique. (Sonia, Suisse, 59 ans, cadre)

Avant les femmes se cantonnaient à leur rôle de... à l'intérieur de la maison, peu travaillaient alors que maintenant il y a ce pôle-là qui a pris de l'importance. Moi, j'ai choisi d'arrêter de travailler pour m'occuper de mes enfants. Je trouve que je suis un peu vieux jeu. Aujourd'hui, la féminité c'est autre chose que rester à la maison. (Martha, Suisse, 54 ans, FFNE)

Ainsi, la féminité associe la nature à la culture. Plus qu'une question physique et morphologique, il s'agit aussi d'une construction sociale qui s'intériorise à travers l'éducation, la socialisation de par les valeurs de l'entourage qui sont transmises dès l'enfance et qui conditionnent peu à peu la vie d'adulte des femmes.

À la question de savoir si les règles font partie de la féminité, les réponses des interlocutrices sont tout aussi différentes. Pour la totalité des Camerounaises, les règles témoignent de leur identité féminine. Elles sont la trace la plus palpable de l'identité féminine (Laznik 2003) et différencient fondamentalement une femme d'un homme :

Ça fait partie de la féminité. Dès qu'on a ses règles, à la puberté, on sait qu'on est une femme (Frieda, Camerounaise, 53 ans, cadre)

C'est même ça qui fait de nous des femmes, si non on serait des hommes. Si on ne règle pas, on n'est pas une femme. (Alexia, Camerounaise, 58 ans, cadre)

Le discours des Suissesses est mitigé, mais pour la majorité (16), les règles représentent aussi un important symbole de féminité.

C'est ça qui fait qu'on soit différent des hommes. Dès qu'on atteint la puberté, on comprend qu'on est différente. Qu'on est vraiment une femme. (Helena, Suisse, 65 ans, cadre retraitée)

Les règles, c'est important dans la vie d'une femme. Si non, ce serait quoi la différence avec un homme ? (Madeleine, pré-ménopausée, Suisse, 52 ans, employée)

Pour une minorité de Suissesses (5), la féminité ne se définit pas par les règles. Le discours se construit alors sur une sorte de remise en cause de la conception de la féminité axée sur les règles et la maternité :

Moi, je ne mettrai pas les règles dans le même lot. C'est pas un signe de féminité, c'est un signe qu'on peut procréer. (Lara, Suisse, 62 ans, cadre)

Il n'y a rien de féminin à ça. Je trouve que c'est un peu réducteur, une femme c'est autre chose qu'un utérus et des règles. (Christine, Suisse, 54 ans, cadre)

Vient enfin l'épineuse question de savoir si la ménopause entraîne la perte de la féminité. Tout dépend alors de quelle féminité on parle et de la façon dont les femmes l'ont construite.

Plus de la moitié des Suissesses interviewées (16) affirment qu'elles n'éprouvent pas un sentiment de perte de la féminité à la ménopause. Consciente d'une féminité qui s'exprime autrement que par les règles, et par les tâches exercées au sein de la sphère privée, un certain nombre de femmes vivent leur ménopause sans avoir l'impression de la perdre. Même si les règles semblaient en être un important symbole, le passage à la ménopause n'est plus celui de la vie à la mort de la féminité, car les autres atouts féminins, ne semblent pas disparaître avec les règles. On assiste alors à une féminité qui s'exprime en dehors de la maternité et sans les règles :

*Eprouvez-vous un sentiment de perte de la féminité ?* Ah non. Parce que j'ai d'autres atouts que mes règles pour être féminine.

*Lesquels ?* Mais tout ce qui fait moi. Mon enveloppe corporelle, ma façon d'être. Je ne me suis jamais sentie plus féminine parce que j'avais mes règles. Je ne me sens pas moins femme parce que je n'ai plus mes règles. Je ne me sens plus féconde, je me sens plus vieille parce que c'est des choses qui vont avec l'âge qui passe, mais je ne me sens pas moins femme. (Christine, Suisse, 54 ans, cadre)

Pour moi, ce n'est pas un signe de ah je ne suis plus femme, d'ailleurs j'ai le même aspect. D'après la pub pour les hormones, on ne plait plus, on n'est plus une femme... Même si j'ai des moustaches, je continue d'être une femme. J'ai regardé avec intérêt ce qui se passait, mais ça ne m'a pas perturbée plus que ça. Ça dépend de ce qu'on met derrière le mot féminité. Pour moi, je suis toujours femme, règles, pas règles, utérus, pas utérus ou ovaires, pas ovaires, je reste une femme (Helena, Suisse, 65 ans, cadre retraitée)

L'analyse des entretiens ne met pas en relief des Suissesses, ayant eu une ménopause naturelle, qui expriment explicitement une perte de la féminité à l'arrêt des règles. Cependant, on relève chez certaines une ambiguïté et un paradoxe à travers l'utilisation de l'expression « quand même » :

Ça a quand même un rapport, ça c'est sûr hein. C'est vrai que c'est un peu... quand même oui. Puis, on reste quand même soi, toujours féminine (Madeleine, pré-ménopausée, Suisse, 52 ans, employée)

*La ménopause implique-t-elle une perte de la féminité ?* Il y a des moments où on le pense. C'est quand même la fin de quelque chose, et une fois qu'on a passé le cap, on peut toujours plaire... il y a quand même une période de flottement, de transition et une fois qu'on l'a passée, on peut mieux voir les choses et on se dit que ce n'est pas tout à fait ça. (Coralie, Suisse, 54 ans, employée)

Pour Lucienne et Maria qui ont connu une ménopause chirurgicale, l'arrêt soudain des règles a particulièrement été douloureux et a occasionné un sentiment de perte de la féminité. L'hystérectomie, opération chirurgicale irréversible, entraîne non seulement l'arrêt brutal des règles, mais aussi la « mort de l'utérus », organe paré d'une forte signification symbolique, car souvent perçu comme attribut primordial de la femme. Elle peut alors perturber l'identité de la femme et nécessiter une renégociation de la définition d'elle-même (Caradec 2008) :

Ça m'a vraiment fait quelque chose. On m'a enlevé l'utérus comme ça. Du jour au lendemain tout change. Je me suis dit que je n'aurai plus de règles, plus d'enfant, même si je n'en voulais plus. J'avais 48 ans, j'avais déjà mes enfants. Mais j'ai vraiment eu l'impression d'être amputée. C'est tout ça qui faisait qu'on se sentait femme. (Maria, Suisse, 64 ans, cadre retraitée)

C'était un peu la surprise pour moi tout d'un coup, ce petit fibrome. Ça c'était déjà oups, le corps...euh hein. Pour moi ce n'était pas grave. Puis après j'ai fait cette opération... Et puis c'est ce passage où tout d'un coup on bascule dans un autre passage de la vie. On se dit : tu n'es plus une gamine, tes règles s'en vont comme ça. Même si je sais que c'était pour me sauver la vie, j'étais quand même triste. Après, je m'y suis habituée et j'ai continué à mener ma vie comme avant. (Lucienne, Suisse, 50 ans, employée)

Pour la plupart des Camerounaises, autant que pour les Suissesses, la ménopause ne sonne pas, non plus, le glas de la féminité. Même si pour la quasi-totalité, elle a vocation à de donner la vie, la féminité ne s'affirme plus, à la ménopause, par ce potentiel de procréation que sont les règles, mais à travers les autres atouts qui sont réinvestis. On remarque une fois de plus cette ambivalence. Après avoir admis, en majorité que les règles font partie de leur être-femme, les Camerounaises sont aussi nombreuses (17) à affirmer que leur arrêt n'implique pas pour autant la perte de la féminité :

*Avez-vous un sentiment de perte de la féminité ?* Je ne le pense pas personnellement. J'ai trop souffert des règles et je voulais m'en débarrasser. Ma situation de ménopausée ne me dérange pas. (Frieda, Camerounaise, 53 ans, cadre)

Disons qu'avant on est une petite fille. Dès qu'on a les règles, on sait qu'on est une femme, qu'on peut procréer. Quand elles s'en vont ça n'enlève rien à notre féminité. On a déjà atteint l'âge où on a déjà accompli ce qu'une femme devrait accomplir, c'est-à-dire faire ses enfants. Moi je pense que dès qu'on n'a plus envie de faire les enfants, il faut même que ça s'arrête parce que c'est un ennui. (Florence, Camerounaise, 65 ans, employée retraitée)

*Les règles sont-elles un gage de féminité ?* Avec ou sans règles je me sens toujours femme. Je continue d'être celle que j'ai été. (Marie-Dominique, pré-ménopausée, Camerounaise, 45 ans, employée)

Cependant, contrairement aux Suissesses (ménopausées naturelles) qui n'ont pas témoigné explicitement d'une perte de la féminité à la ménopause, deux Camerounaises expriment clairement ce sentiment. C'est un peu de féminité qui disparaît avec l'arrêt du flux menstruel :

C'est aussi une des appréhensions que j'ai. Je pense que le fait de devoir ne plus régler (comprendre ne plus avoir des règles) incessamment va faire que je

ne sois plus cette femme-là. Quand ça va complètement s'arrêter, je pense que je ne serai plus une femme comme avant. Si on ne voit plus les choses des femmes, on n'est plus vraiment une femme. (Roberta, pré-ménopausée, Camerounaise, 48 ans, cadre)

On sait que l'activité génitale s'est arrêtée. On se dit que je suis un homme parce qu'on n'a plus rien qui coule. C'est cet écoulement qui distingue la femme de l'homme. (Theresa, Camerounaise, 50 ans, employée)

Sans directement parler de la féminité au cours des « consultations de ménopause », il est possible de voir apparaître, en filigrane, cette notion lors de la prescription du traitement hormonal à certaines femmes. Ce fut le cas avec une patiente sri-lankaise de 37 ans, mariée et mère de quatre enfants, qui disait avoir eu l'arrêt des règles depuis cinq ans. Après des dosages hormonaux, cette patiente fut déclarée ménopausée lors d'une prochaine consultation. La gynécologue évoqua alors de nombreux risques qu'elle encourait sur le plan physique et osseux, à cause de cet arrêt brutal et si précoce de l'imprégnation de l'organisme en hormones. Elle lui proposa un traitement hormonal substitutif qui éradiquerait tous ces risques, mais aussi lui permettrait d'avoir de nouveau les règles. L'allusion aux règles fit tout de suite sourire la patiente et son amie (venue l'accompagner à cette consultation). La concernée exprima, par la suite, sa joie de pouvoir les avoir de nouveau et de « se sentir comme avant ».

## II.2. MÉNOPAUSE ET VIEILLESSE. UN RAPPORT AMBIGU

Définir la vieillesse s'avère une entreprise difficile tant elle évoque « une série de termes qui se confondent, se recouvrent ou s'opposent : personnes âgées, vieillards, troisième âge, quatrième âge, aînés, retraités, séniors » (Caradec 2008 : 5). Aussi, éviterais-je de me lancer dans cet exercice ardu pour privilégier la mise en évidence des représentations des femmes interviewées.

Lorsqu'on aborde cette question avec les femmes rencontrées, un rapport ambigu, souvent contradictoire apparaît. Camerounaises et Suissesses donnent des

réponses diverses, mais pas forcément dichotomiques. Les Suissesses et les Camerounaises interviewées situent, presque à l'unanimité, la vieillesse respectivement au-delà de 70 et de 60 ans. Toutefois, en analysant leur discours, on verra finalement que la vieillesse ne commence pas à un âge précis : le sentiment de vieillir peut parfois être précoce ou au contraire, tarder infiniment. S. de Beauvoir en donne une explication : « c'est parce que l'âge n'est pas vécu sur le mode du pour-soi, parce que nous n'avons pas une expérience transparente comme celle du cogito qu'il est possible de se déclarer vieux de bonne heure ou de se croire jeune jusqu'à la fin » (1970 : 311).

Etudiant l'expérience du vieillissement, Caradec (2008) identifie deux attitudes face à la sénescence, qui font référence à deux manières différentes d'établir le lien entre le passé et le présent : il s'agit du *devenir vieux sans être vieux* et de *l'être vieux*. Selon Caradec, ceux qui « deviennent vieux » se situent dans une perspective de continuité où il n'existe pas de rupture radicale avec le passé. En revanche, ceux qui se considèrent « être vieux » éprouvent le sentiment d'une rupture dans leur parcours de vie. Les répondantes, indépendamment du contexte, ont une double attitude vis-à-vis de l'arrivée de la ménopause et de la vieillesse qui rappellent ces deux manières idéal-typiques de se positionner face au vieillissement de Caradec. Pour certaines, en effet, la ménopause apparaît comme l'un de ces événements qui projettent dans la vieillesse du moment où il ne s'agit pas seulement de l'arrêt des règles, mais aussi de la transformation de l'image et de l'apparence du corps, tandis que pour d'autres, la vieillesse est un passage réel, clairement différent de la ménopause.

### ***II.2.1. Un événement qui projette dans le vieillissement ou ...***

L'idée que la ménopause est le seuil de la vieillesse reste ancrée dans les représentations collectives. Dès lors, pour un quart de Suissesses (5) et un tiers de Camerounaises (7), pour qui la distance par rapport à ce stéréotype reste minimale,

la ménopause et la vieillesse s'imbriquent étroitement. L'arrêt des règles constitue une modification irréversible, qui entraîne une prise de conscience de la fuite des ans et clôt cette partie de vie associée à la jeunesse. Chez certaines femmes comme Madeleine, cette rupture déclenche un sentiment de l'« être vieux », car il les oblige à reconnaître : « je ne suis plus (la) même qu'avant » (Strauss 1992a : 99) :

Les règles, c'est une espèce de comment dire...d'encore de jeunesse en fait. C'est toujours le même euh ... tant qu'on a les règles on est encore jeune. Et quand elles s'en vont eh ben ... c'est la vieillesse. J'ai l'impression d'être vieille. (Madeleine, pré-ménopausée, Suisse, 52 ans, employée)

Pour les autres Suissesses dans ce même cas, la vieillesse est souvent associée à la perte d'énergie et à la dégradation physique, à la perte de la vitalité et de la performance. Ainsi, les modifications irréversibles et les transformations physiques et corporelles liées à la ménopause illustrent cette sensation de basculer dans la décrépitude :

*Peut-on assimiler la ménopause à la vieillesse ?* Alors oui, quelque part oui. Le fait d'avoir la ménopause c'est que les ovaires ont vieilli. Il n'y a plus d'ovulation, donc on peut associer la ménopause à la vieillesse. Après, il y a toutes ces bouleversements, ces petits bobos qui commencent. Pour moi, ça signale quand même que la vieillesse est là. (Christine, Suisse, 54 ans, cadre)

Je pense qu'euh... je crois que le corps change à un moment donné de notre vie. Quand on arrive à la ménopause c'est vrai qu'il y a un changement même au niveau physique. Tout ce qui arrive à ce moment-là donne cette impression de euh... on n'est plus la même. On est déjà de l'autre côté du navire. Puis, on se dit on descend dans l'autre sens : direction la fin. (Joëlle, Suisse, 59 ans, travailleuse indépendante)

Un bon nombre de Camerounaises partagent aussi l'avis des Suissesses. Pour certaines, c'est vraiment le fait de ne plus avoir les règles qui projette dans le vieillissement, témoin d'une adhésion au discours populaire qui associe la ménopause à la vieillesse. Pour d'autres, ce sont les transformations du corps à la ménopause qui induisent le sentiment de l'« être vieux » :

*Quand une femme est déjà ménopausée peut-on dire qu'elle est vieille ? Tu veux qu'on dise quoi d'autre ? Une femme qui n'a plus ses règles est vieille. Mais c'est la vieillesse. Quoi d'autre ? Il n'y a rien à faire. (Julia, Camerounaise)*

*La ménopause peut-elle être assimilée à la vieillesse ? Toi-même tu vois comment ? On est fatiguée. Et puis, il y a toutes les petites maladies-là qui commencent. (Florence, Camerounaise, 65 ans, employée retraitée)*

Il convient cependant de souligner que la prise de conscience du vieillissement qui se produit à l'arrêt des règles ne lui est pas toujours directement imputée. La grand-parentalité, le fait de voir ses enfants devenir adultes, la diminution des performances physiques, la dégradation de la santé, la perte du travail ou les difficultés à trouver un travail, l'entrée à la retraite (pour les Camerounaises), la perte des deux parents, les limites physiques, intellectuelles ou professionnelles qui se produisent, parfois au même moment que la ménopause, sont autant d'éléments qui peuvent déclencher le sentiment d'« être vieux », comme l'a également souligné Caradec (2008).

Le sentiment de vieillir naît aussi de la relation avec autrui. Le rapport à l'Autre, de manière générale, se révèle important dans la prise de conscience de l'*être vieux*. Les autres sont, en effet, coproducteurs du sentiment de vieillir : « c'est souvent par les autres, soit que nous les regardions, soit qu'ils nous regardent et nous fassent part de leurs observations, que l'on se reconnaît âgé et vieux à la fois » (Drulhe 1994 : 270). Il arrive bien que l'autre renvoie, sous une forme dépréciée, l'inscription de la sénescence. En l'occurrence, voir le visage transformé des autres après une longue absence, induit une confrontation intime du temps métabolisé (Le Breton 2008) que Joëlle illustre bien en racontant son expérience :

*Quelques fois ça m'arrive de rencontrer les gens qui ont un peu mon âge et que je n'ai pas vu pendant peut-être cinq ou dix ans, je me dis mon Dieu qu'est-ce qu'elle est vieille. Puis après, je me dis, mais moi aussi. Si vous voulez c'est comme un miroir. On se dit cette personne doit être mon reflet. (Joëlle, Suisse, 59 ans, travailleuse indépendante)*

Si les femmes qui précèdent, autant les Suissesses que les Camerounaises associent l'arrêt des règles et de la fertilité à la vieillesse, il est important de souligner qu'aucune d'entre elle ne rapporte un sentiment d'inutilité sociale.

### ***II.2.2 ... Un événement qui s'inscrit dans la continuité***

La majorité des femmes rencontrées en Suisse (16) et au Cameroun (13) n'adhèrent pas à la représentation de la ménopause comme début de la vieillesse. Celle-ci fait d'ailleurs souvent l'objet de critiques. Ces femmes se distinguent des précédentes par l'accent qu'elles mettent sur la continuité de leur existence après la ménopause. L'arrêt des règles constitue une période intermédiaire, mais difficile à dénommer, d'où la multitude des qualificatifs qui lui sont associées : « étape préliminaire à la vieillesse », « un certain âge », « l'antichambre de la vieillesse », « le début de la fin », « la porte qui mène à ça », expressions révélatrices du « devenir vieux » et non de l'« être vieux ».

Elles insistent sur les activités dans lesquelles elles sont toujours engagées et sur les rôles sociaux qui se poursuivent ou se succèdent et témoignent en faveur d'une absence de perte de statut dans la sphère privée (activités qui permettent un épanouissement personnel), professionnelle (pour celles qui ont travail), familiale (activité intrafamiliale, aide aux enfants pour les petits-enfants) et sociale (vie associative) :

Pour moi, la ménopause n'est pas assimilée à la vieillesse puisque ça arrive à la cinquantaine. Arrivées à 50 ans, toutes les femmes savent qu'elles vont passer par là. Mais, la vie ne s'arrête pas. Moi j'ai toujours mes activités dans lesquelles je suis pleinement engagée. Je fais beaucoup de choses avec mon mari, et j'aide beaucoup mes enfants quand ils me sollicitent. La ménopause n'y a rien changé. (Anaïs, Suissesse, 61 ans, FFNE)

Personnellement, à 53 ans je ne me sens pas vieille. Je peux encore courir avec mes filles dans la cour. Quand on sort je marche même plus vite qu'elles. Et puis, j'ai encore mon travail et toutes mes activités que je continue de faire comme avant. (Frieda, Camerounaise, 53 ans, cadre)

Pour ces femmes, la ménopause, étape du cycle féminin irréversible et inéluctable, fait partie du processus du vieillissement, mais elle n'est pas la vieillesse elle-même. Plus qu'une dégradation physique et une perte d'énergie, la vieillesse est aussi associée à un certain état d'esprit, à la dépendance et à la perte des facultés psychiques et cognitives (beaucoup plus pour les Suissesses) ou à la perte d'utilité sociale et se situe à un âge avancé. Par conséquent, la cinquantaine – période à laquelle arrive généralement la ménopause – ne renvoie plus à la vieillesse, mais à l'image de personnes actives et indépendantes.

En outre, ces femmes soulignent que leur génération a bénéficié de meilleures conditions de travail, de progrès économiques qui rendent les quinquagénaires d'aujourd'hui moins usées que celles d'hier. La cinquantaine, jadis redoutée a pris une autre signification dans la société actuelle. Elle est devenue, pour beaucoup, le début d'un nouvel élan, d'une redéfinition de ses valeurs. Les nouveaux appareils électroménagers, de plus en plus accessibles aux femmes, facilitent la réalisation de nombreuses tâches ménagères et permettent d'éviter un vieillissement physiologique précoce. Cet argument est toutefois plus développé par les Suissesses que par les Camerounaises :

Mais je crois qu'aujourd'hui à avec la vie qu'on a, non, parce qu'on a un savoir faire et puis on vit plus longtemps que nos parents, on a plus de chance qu'eux qui arrivaient à 50 ans étant usés alors qu'aujourd'hui on n'est pas usé. On a tellement de possibilités, on a des femmes de ménage, on a des appareils électroménagers. Il y a tout pour faciliter qu'on reste jeune. Bien sûr il y a des gens qui travaillent plus mais on est quand même plus favorisé. (Clémentine, Suissesse, 66 ans, cadre retraitée)

Enfin, les femmes qui s'inscrivent dans le « devenir vieux » établissent une nette démarcation entre le regard des autres, qui pourrait assigner à la vieillesse, et leur propre ressenti :

*Peut-on assimiler la ménopause à la vieillesse ? Non, pas à la vieillesse... à un certain âge, mais pas encore à la vieillesse, surtout à notre époque.*

Aujourd'hui euh vieux c'est ... vraiment vieux. Ça peut être vraiment vieux. Mais, c'est vrai que si vous parlez à une petite jeunette d'une femme ménopausée, elle vous dira : elle est vieille. Alors, si pour moi, je n'ai pas l'impression d'être vieille, je me rends compte que pour certaines personnes, je dois déjà être une vieille dame, surtout pour les jeunes. (Carine, Suissesse, 58 ans, cadre)

Tout le monde ne sait pas que je suis ménopausée, donc il n'y a aucun signe extérieur. Mais c'est vrai que si on le dit, les gens vous prennent tout de suite pour une vieille. À la maison maintenant, ils m'appellent la vieille. Je leur dis, ce n'est pas parce que je n'ai plus mes règles que je suis vieille. Je suis encore capable de vaquer à mes occupations. (Jocelyne, Camerounaise, 53 ans, employée)

Ces femmes décrivent ainsi une expérience qui s'écarte des stéréotypes et de la stigmatisation des femmes ménopausées et introduit la nécessité de marquer une rupture avec la ménopause période-couperet.

## **Conclusion**

En définitive, deux dimensions structurent les représentations de l'arrêt des règles chez les femmes interviewées : les phénomènes physiologiques et les aspects sociaux ou symboliques. Parmi les facteurs physiologiques, l'arrêt des règles et de la fertilité retient l'attention des femmes des deux contextes socioculturels qui présentent d'ailleurs de nombreuses similitudes entre elles. Concernant l'arrêt des règles, pour la majorité des Camerounaises et des Suissesses, les règles apparaissent comme inconfortables, ennuyeuses voire pénibles. Leur arrêt est alors perçu comme une libération et un soulagement, même s'il s'accompagne d'une certaine contrariété et de la nostalgie chez une minorité de femmes. L'arrêt de la fertilité, apparaît aussi peu problématique pour la majorité des interlocutrices. Plusieurs Suissesses y sont même indifférentes, car la ménopause intervient à un âge où elles ne souhaiteraient plus avoir d'enfant. De plus, la plupart a anticipé la fin de la procréation en ayant recours à la stérilisation féminine. Pour les Camerounaises, l'arrêt de la fertilité semble particulièrement bienvenu, non seulement parce qu'elles pensent avoir accompli le devoir social lié à la maternité, mais aussi parce que la ménopause les débarrasse des contraintes relatives aux contraceptifs et du risque de grossesses non désirées. Dans les deux contextes, l'arrêt de la fertilité apparaît comme une perte pour les femmes qui n'ont pas pu donner la vie, parce qu'elle leur ôte l'espoir d'enfanter. Au cœur des phénomènes biologiques à l'œuvre, l'allusion à l'arrêt du fonctionnement ovarien est l'élément qui marque une réelle différence entre les Suissesses et les Camerounaises. Contrairement à certaines Suissesses qui adhèrent au modèle biomédical et évoquent la fin des sécrétions ovariennes comme étant un indicateur de l'arrivée à la ménopause, les Camerounaises ne donnent que peu d'explications médicales et ne mettent pas l'accent sur la variation hormonale. Cela s'explique probablement par l'absence de médiatisation du savoir médical concernant la ménopause au Cameroun : les questions liées à la ménopause n'ont pas encore investi l'espace

public et le référentiel médical n'a pas encore envahi le tissu social autant qu'en Suisse.

Pour ce qui est des aspects sociaux et symboliques, malgré la différence de contexte socioculturel, Camerounaises et Suissesses présentent des similitudes quant à l'appréciation des aspects sociaux liés à l'arrêt des règles : très peu de femmes adhèrent à la perte du statut social associée à la ménopause dans le discours biomédical ou populaire. La majorité d'entre elles ne se sent ni moins féminine ni vieille. Même si elles considèrent les règles comme un important symbole de féminité, la plupart des Suissesses et des Camerounaises interviewées considère que la féminité peut s'exprimer autrement que par les règles et la maternité. Elles mettent alors l'accent sur les autres atouts en l'occurrence l'attitude, les aspects physiques et l'hexis corporelle. Ces femmes expriment aussi des représentations qui s'écartent des stéréotypes stigmatisant les femmes ménopausées et qui introduisent la nécessité de faire une démarcation entre la ménopause et la vieillesse. La ménopause apparaît alors comme un événement qui s'inscrit dans la continuité de l'existence parce que les rôles sociaux se poursuivent ou se succèdent. L'espérance de vie de plus en plus longue qui a pour effet de repousser l'âge auquel les individus peuvent se sentir vieux, l'autonomie relative vis-à-vis de la fonction de reproduction présente chez plusieurs femmes ainsi que le processus d'individualisation féminine et d'émancipation promu en Occident dès les années 60 qui favorise la construction identitaire en dehors de la fonction de reproduction, pourraient expliquer cette évolution chez les Suissesses. Chez les Camerounaises, il est plausible que la mondialisation, ayant démultiplié les contacts et introduit une mixité culturelle dans les villes africaines, soit à l'origine de ce changement de mœurs. Tous les capitaux sociaux dont disposent les Camerounaises aujourd'hui (accès à la scolarisation, au monde du travail) favorisent, comme chez les Suissesses, une construction identitaire qui ne tient pas compte exclusivement de la fonction de procréation. Ils contribuent également au refus de voir dans l'arrêt des

règles la perte de toute utilité sociale chez de nombreuses femmes. Cependant, comparées aux Suissesses, les Camerounaises sont légèrement plus nombreuses à traduire l'impression de basculer dans la vieillesse et de se sentir moins femme une fois l'arrêt des règles survenu, le processus d'individualisation et d'autonomisation des femmes n'étant pas encore aussi prégnant qu'en Suisse.

Les représentations de la ménopause s'inscrivent aussi dans un discours sur l'expérience. Aussi, s'avère-t-il important de questionner le vécu concret des femmes.

## CHAPITRE V : LE VÉCU SUBJECTIF DE LA MÉNOPAUSE

Après avoir étudié les représentations que les femmes rencontrées associent à l'arrêt des règles, il s'agit maintenant d'analyser le regard qu'elles portent sur leur corps à la ménopause. Quels changements associent-elles à la ménopause ? Quelles attitudes adoptent-elles et quels facteurs pour les expliquer ? La première section du chapitre explore de manière approfondie les conséquences attribuées à l'arrêt des règles sur divers plans. La deuxième, quant à elle, met l'accent sur l'attitude adoptée par ces femmes ainsi que sur les variables qui permettent de les comprendre.

La description de manière successive et approfondie des changements rapportés par les femmes interviewées pourrait donner l'impression d'une volonté, pour moi, d'accentuer les aspects négatifs de la ménopause ou de la peindre uniquement sous un angle péjoratif. Mais, cela se justifie surtout par le fait que l'expérience ménopausique des femmes nécessite d'être segmentée pour être racontée. L'obligation qui m'est faite de segmenter les différents aspects de l'expérience révèle le caractère construit de mon argumentation alors que les femmes elles-mêmes se placent sur un continuum de représentations, de sentiments, de vécu et de méthodes de gestion. Il est aussi important de souligner que la description des troubles rapportés par les femmes ne se fait pas toujours en temps réel et que les vécus subjectifs ne sont pas figés ni complètement dissociés des autres dimensions de l'expérience ménopausique qui doit être comprise comme un tout. En effet, il n'est pas exclu – et on le constatera – de voir qu'après avoir rapporté un certain nombre de désagréments (dont la nature, l'intensité ou la fréquence peuvent avoir évolué), plusieurs femmes témoignent aussi d'une attitude positive ou neutre à l'égard de l'arrêt des règles.

## **I. LES CONSÉQUENCES MÉNOPAUSIQUES RAPPORTÉES PAR LES FEMMES INTERVIEWÉES**

Comme l'a constaté Massé (2007) étudiant des catégories diagnostiques populaires de la détresse psychique chez les Martiniquais, le vécu subjectif de la ménopause décrit par la majorité des femmes des deux contextes étudiés est généralement inscrit dans une approche empiriste fondée sur une liste de troubles. En effet, les Suissesses et les Camerounaises que j'ai rencontrées décrivent leurs vécus ménopausiques au travers des effets secondaires que l'on attribue à l'arrêt des règles. Elles font généralement référence aux changements observés sur le plan physique, émotionnel, sexuel ou sur celui de l'apparence corporelle. L'observation provient soit d'une expérience directe – la leur propre – ou indirecte – celle des femmes de l'entourage. La nature, la fréquence ainsi que l'intensité des manifestations rapportées par les femmes ne sont que faiblement reliées à leur appartenance sociale, professionnelle ou à leur niveau d'études. Leur description renvoie, cependant, à plusieurs conceptions du corps ménopausé, non exclusives les unes des autres. Afin de m'affranchir des catégories diagnostiques biomédicales, il serait souhaitable de délaissier les nosographies médicales pour fonder mon propos sur les catégories diagnostiques populaires, mais nous verrons dans ce chapitre qu'une telle distanciation n'est pas toujours possible. Le référentiel médical ayant investi l'espace social, les femmes utilisent volontiers des expressions médicales pour décrire leur expérience ménopausique.

### **I.1. SUR LE PLAN PHYSIQUE**

Sur le plan physique, le corps, à la ménopause, subit plusieurs transformations. Il est décrit, autant par les Camerounaises que par les Suissesses, comme étant un corps qui chauffe, un corps qui échappe ou comme un corps à risque de développer des maladies.

### ***1.1.1. Le corps qui chauffe***

La conception du corps qui chauffe se réfère principalement aux bouffées de chaleur. Dans la logique des humeurs, Héritier (1978) fait une description de l'alchimie masculine et féminine dans la société samo du Burkina Faso et en établit une dichotomie fondamentale : l'homme relève de la catégorie du chaud tandis que la femme appartient à la catégorie du froid. La femme est froide parce qu'elle perd régulièrement de la chaleur lors des règles. Mais, la femme sans règles est chaude (Héritier 1978). Sans faire explicitement référence au modèle humoral, la description minutieuse des bouffées de chaleur par les Suissesses et les Camerounaises interviewées rappelle ce corps chaud, caractéristique de la femme ménopausée chez les Samo.

Tel un volcan qui part de l'intérieur et remonte à la surface, les bouffées de chaleur révèlent cette sensation du « corps en ébullition » (Thoër-Fabre 2005) qui fait éruption à la surface. La description que fait Marie-Dominique, Camerounaise et pré-ménopausée, permet de rendre compte de cet état de chose :

Dès que les règles ont commencé à déranger, j'ai commencé à avoir chaud tout le temps. Je suis allée voir le docteur et il m'a dit qu'on appelle ça bouffées de chaleur.

*Comment se manifestent ces bouffées de chaleur ?* Ça commence subitement, je sursaute même. J'ai mon corps qui s'enflamme. Ça commence plus bas et ça commence à monter, ensuite je transpire. C'est une chaleur qui vient de l'intérieur et elle explose comme ça tout d'un coup. Ça chauffe vraiment et quand ça fait ça, je me déshabille seulement et tout m'énerve. Je suis même irritable. Maintenant que c'est la saison sèche, c'est vraiment embêtant, ça me perturbe (Marie-Dominique, Camerounaise, pré-ménopause).

Il ne semble pas y avoir d'association entre le degré de médicalisation de la ménopause dans chacun des contextes et la fréquence avec laquelle les femmes rapportent les bouffées de chaleur, comme l'ont également noté Obermeyer et al (2007) dans une étude comparative portant sur la fréquence des symptômes de la ménopause rapportés par les femmes du Liban, du Maroc, de l'Espagne et des

Etats-Unis. Elles représentent la conséquence ménopausique dont les femmes, Camerounaises et Suissesses confondues, se plaignent le plus. Elles sont associées à la ménopause, presque tout autant que l'arrêt des règles. Autrement dit, en dehors de l'arrêt des règles, les bouffées de chaleur apparaissent comme l'un des signes palpables de la ménopause pour la quasi-totalité des femmes interviewées aussi bien à Yaoundé ou à Lausanne. Pour Bernadette, Suissesse, qui a subi une hystérectomie partielle, ce sont les bouffées de chaleur qui lui ont signalé qu'elle est en ménopause. Pour les femmes qui ont connu une ménopause naturelle, elles apparaissent en relation ou non avec l'arrêt temporaire ou définitif des règles :

Ayant eu une hystérectomie, ce sont les bouffées de chaleur qui m'ont signalé que j'étais à la ménopause. Les bras, le thorax, la poitrine, tout le haut du corps. Vous vous mettez à transpirer, vous êtes mal, moi j'étais mal dans les magasins. Mais c'était l'horreur. Des fois je devais sortir parce que j'avais l'impression que j'étouffais. (Bernadette, Suissesse, 61 ans, FFNE)

J'avais constaté que mes règles devenaient irrégulières et peu abondantes. Et les bouffées de chaleur ont aussi commencé (...) Tu vois souvent les femmes d'un certain âge, elles ont toujours une pochette pour s'essuyer quand elles transpirent. On les entend toujours dire, oh qu'est-ce qu'il fait chaud, même quand autour d'elles les autres ont froid.

*Comment savez-vous que ce sont les bouffées de chaleur ? C'est le médecin qui m'a expliqué, et mon fils aussi, qui est médecin. (Mariane, Camerounaise, 65 ans, travailleuse indépendante)*

Le constat de Naamane Guessous (2000) au sujet des Marocaines qu'elle a rencontrées dans le cadre de son étude sur la ménopause et l'andropause au Maroc est valable pour les Camerounaises que j'ai interviewées : les troubles de la ménopause ne sont pas généralement connus avant l'arrêt des règles, comme c'est le cas chez les Suissesses. Dès lors, toutes les Camerounaises n'utilisent pas l'expression « bouffées de chaleur ». Certaines d'entre elles parlent simplement de chaleur, de chaud ou de brûlure. Mais, elles décrivent néanmoins cette sensation de chaleur, que l'on pourrait qualifier en ces termes :

Quand j'ai commencé à avoir les règles irrégulières c'est là où cette chaleur a commencé. Je ne savais même pas ce que c'était. Je sentais comme...

subitement j'ai très chaud et ça monte et je transpire et ça disparaît. Souvent je transpire comme s'il a plu sur moi. C'est après qu'on m'a expliqué. (Laurette, Camerounaise, 50 ans, cadre)

Ça m'a dérangé. Les règles venaient ce mois, le mois suivant elles ne venaient pas. Pendant un moment ça m'a fait ça. Je suis allée voir le médecin et il m'a expliqué que c'est la ménopause qui est en train d'arriver. Et puis j'ai commencé à avoir très chaud. Quand la chaleur-là arrive, si je suis habillée, j'enlève seulement. Comme je vends au marché, ça me dérange vraiment. Je commençais à me déshabiller. Je brûle comme si je suis dans le feu. (Chloé, Camerounaise, 60 ans, travailleuse indépendante)

Cette tendance à décrire les bouffées de chaleur, sans leur attribuer ce nom, a aussi été observée lors d'une consultation de ménopause. Madame B, âgée de 41 ans est Camerounaise (probablement Beti, comme je le suppose par son nom de famille). Elle arrive à la consultation et informe le gynécologue qu'elle n'a plus de règles depuis plusieurs mois, ce qu'elle trouve incompréhensible vu son âge. Le gynécologue lui explique, qu'il est bien possible d'avoir la ménopause à cet âge-là, mais qu'il fera des examens complémentaires (dosages hormonaux) pour en avoir la confirmation. Au cours de la discussion, Madame B évoque aussi des « brûlures » qu'elle a depuis la disparition de ses menstrues. Le médecin n'y comprend rien et lui demande : « comment cela se fait-il ? De quelles brûlures parlez-vous ? » Elle répond : « des brûlures au niveau de la poitrine, du cou et des bras ». Le médecin ne semble pas toujours comprendre et lui dit : « décrivez-moi exactement ce que vous ressentez, comment ça se passe ». Madame B répond : « ça vient souvent tout d'un coup, ça chauffe vraiment partout là, ça me prend comme ça (elle montre le cou, la nuque, le thorax et les bras). Après quelques minutes, ça s'arrête et je commence à transpirer ». Le gynécologue soupire : « Ah, je vois, ce sont des bouffées de chaleur ».

Ces femmes se réfèrent probablement à la traduction littérale de l'expression beti « Ayon » qui se rapporte au chaud, à la chaleur. En effet, pour exprimer qu'il fait chaud le Beti dit *ayon ane* (il ya le chaud ou il y a la chaleur) ou encore *mawog ayon* (j'entends le chaud, je sens le chaud). En cas de chaleur extrême, de canicule

par exemple, les qualificatifs peuvent se rapprocher de ceux qu'on utilise pour décrire une sensation de brûlure (provoquée par exemple par l'action du feu). Le Beti dira alors d'un soleil caniculaire qu'il « brûle » (*Wien wa digui ma*, le soleil me brûle). C'est vraisemblablement, par analogie à ces locutions que ces femmes décrivent la sensation de chaleur ressentie en utilisant des expressions peu communes aux autres.

Ces exemples invitent alors à s'interroger sur l'absence de bouffées de chaleur chez les femmes non occidentales souvent évoquée par certains auteurs. Elle est probablement révélatrice d'une différence de codes langagiers ou de langues entre les uns et les autres, les termes utilisés par les enquêteurs ne correspondant peut-être pas à ceux connus de certaines femmes.

Comme l'affirment toutes celles qui en font l'expérience, la bouffée de chaleur arrive généralement de manière inopinée et repart comme elle est venue, au travail comme à la maison, lors d'un dîner entre amis ou entre collègues. C'est ce caractère imprévisible qui les rend parfois difficiles à supporter ou pénibles :

Le plus dur c'est qu'elles peuvent arriver n'importe où et n'importe quand. Vous ne pouvez jamais être prête à l'accueillir. (Anaïs, Suisse, 61 ans, FFNE)

Ce qui me dérangeait c'est que les bouffées te prennent n'importe où et n'importe quand et si on n'a pas de mouchoir à côté pour s'essuyer... (Laurette, Camerounaise, 50 ans, cadre)

Je savais que la ménopause allait venir, mais c'est venu plus tôt et je n'étais pas préparée. Ça m'a beaucoup dérangé.

*Qu'est-ce qui t'a dérangé ?* Les symptômes-là, les bouffées.

*Elles venaient à quelle fréquence ?* Hum ! (exclamation) ma fille ! Il y avait des moments que si je marche, c'est comme si on m'a versée la chaleur. Ça venait par la face et ça me fatiguait et je transpirais beaucoup beaucoup. J'avais chaud tout le temps. Tu es là comme ça le corps commence seulement à brûler et tu ne sais même pas quand est-ce que ça va venir. C'est ça qui m'inquiétait. Je me demandais si ça va me surprendre en route en train de marcher ou en train de causer avec les amis ou en train de manger parce quand ça venait j'étais mal à l'aise. Ça m'indisposait vraiment. (Jocelyne, Camerounaise, 53 ans, employée)

Les bouffées de chaleur relèvent d'une expérience individuelle. Elles sont variables d'une femme à l'autre et ne les touchent pas de la même façon. Elles apparaissent de manières diverses, les sensations occasionnées pouvant aller d'une simple gêne à une situation pénible. Mais, les notions de gêne et pénibilité restent très subjectives et personnelles et ne sauraient être quantifiées ou mesurables : certaines femmes rapportent plusieurs bouffées de chaleur par jour ou par nuit et les considèrent comme supportables alors que d'autres peuvent en avoir une ou deux et les trouver extrêmement gênantes.

Néanmoins, plus de la moitié des interlocutrices suissesses (14) et camerounaises (12) en parlent comme d'un simple inconfort gérable : « elles sont désagréables, mais restent supportables » :

*Elles sont comment vos bouffées de chaleur ? Supportables. On a chaud, on a chaud, puis voilà. Je ne me suis pas prise la tête parce que tout d'un coup j'ai des bouffées de chaleur.*

*Vous en avez combien de fois la journée ? Ça dépend. J'ai des périodes où j'en ai assez souvent, mais je ne les ai jamais comptées. Et puis des fois, ça passe, pendant longtemps je ne les ai plus et ça revient. On s'y habitue et le tour est joué. (Emilienne, Suissesse, 63 ans, indépendante)*

*J'ai souvent des bouffées de chaleur, mais elles sont très supportables, comparée à certaines de mes copines qui se plaignent vraiment beaucoup. (Florence, Camerounaise, 65 ans, employée retraitée)*

Une minorité importante des Suissesses (7) et de Camerounaises interviewées (8) témoigne de bouffées de chaleur qualifiées de « sévères » ou « violentes », car elles altèrent, à des degrés divers, leur qualité de vie. Puisqu'elles constituent une entrave à leur vie sociale ou professionnelle, les bouffées de chaleur sont alors ressenties comme « une sorte d'asservissement à une dualité qui oppose le sujet à son corps et le rend sous la dépendance de ce dernier » (Le Breton 2008 : 211) :

*C'est assez dur. C'est très gênant. Vous savez des fois, l'été quand il fait chaud, je refuserais une invitation tellement j'ai chaud. J'ai une climatisation dans ma chambre à coucher que mon mari m'a installée. Je me dis je vais voir la*

télévision couchée, à 17 degrés, au lieu d'aller chez des amis ou au restaurant pour commencer à dégouliner partout. (Anais, Suisse, 61 ans, FFNE)

*À quelle fréquence venaient les bouffées de chaleur ?* Tout le temps, toute la journée, toute la nuit. Je n'étais vraiment pas bien du tout. En hiver, j'étais en T-shirt et j'avais toujours chaud. C'était assez violent quand même. Je dormais à peu près trois heures la nuit. C'est difficile de supporter ça comme ça. (Berthe, Suisse, 59 ans, FFNE)

Quand la bouffée-là me prend, quelque soit ce que je fais, j'arrête d'abord. J'attends de reprendre quand j'ai fini de transpirer parce que c'est là où je commence à ressentir mon corps. (Marie-Dominique, pré-ménopausée, Camerounaise, 45 ans, employée).

Le moment où surviennent les bouffées de chaleur reste aussi variable. Pour certaines femmes, elles apparaissent seulement dans la journée, pour d'autres elles arrivent davantage la nuit et pour d'autres encore, elles sont présentes aussi bien la nuit que le jour.

Leur fréquence est tout aussi changeante d'une femme à l'autre. Jeannette, Suisse, affirme avoir des bouffées de chaleur sporadiques « du genre, une fois par semaine », alors que Berthe, Suisse aussi affirme qu'elles les avaient « toute la journée, toute la nuit » avant de recourir au traitement. La majorité des Camerounaises et des Suissesses témoignent de bouffées de chaleur pluriquotidiennes et nocturnes. Elles en ont (eu) au moins quatre dans la journée et deux dans la nuit (pour celles qui en ont la nuit). Cette fréquence peut varier ou pas avec le temps et en fonction des circonstances.

En effet, lorsqu'elles ne sont pas traitées, la durée ou la période pendant lesquelles se manifestent les bouffées de chaleur diffèrent selon les femmes. Pour plus de la moitié de Camerounaises et de Suissesses interviewées, les bouffées de chaleur étaient plus présentes à la pré-ménopause et semblent s'atténuer progressivement ou disparaître complètement au fil des mois ou des années. Pour une forte minorité de l'échantillon, elles persistent plusieurs années après la survenue de la ménopause, mais elles sont devenues moins fréquentes et moins « violentes ». Il

n'est cependant pas rare qu'elles soient toujours présentes avec la même ténacité chez un petit nombre de femmes, comme c'est le cas d'Anaïs. Onze ans après la ménopause, Anaïs décrit ses bouffées de chaleur comme étant toujours aussi fortes :

Si je ne bouge pas ça va. Mais si je m'active toute la journée, je sais que je les aurai toute la journée. Je fais les bains tout l'été, et j'arrive quelque part, je commence à dégouliner. J'arrête pas et j'ai même l'impression que c'est plus fort maintenant. J'ai mis des ventilateurs partout chez moi. (Anaïs, Suisse, 61 ans, FFNE)

Les zones exposées aux bouffées de chaleur ne semblent pas très différentes selon les femmes ni selon le contexte. Les femmes les décrivent comme apparaissant davantage sur le haut du corps (les bras, le thorax, la poitrine, le cou et le visage). Elles peuvent éventuellement se généraliser et se faire ressentir sur d'autres parties du corps, comme chez Roberta, Camerounaise, qui dit les ressentir au niveau des pieds, l'obligeant quelques fois à se déchausser. Le fait qu'elles apparaissent sur les parties généralement exposées du corps les rend très inconfortables à cause du regard de l'autre.

L'hypersudation qui s'associe aux bouffées de chaleur est tout aussi inconfortable, car elle expose à des odeurs et renvoie à une image de quelqu'un qui n'est pas propre (Thoër-Fabre 2005) que l'on ne voudrait pas donner de soi :

Moi c'est surtout le haut du corps, même la tête et puis je me sens sale. On transpire et puis ça colle, et tout de suite, j'ai envie de me laver la tête, de rentrer à la maison prendre la douche. C'est très désagréable (Anaïs, Suisse, 61 ans, FFNE)

Maintenant, avec la ménopause, je suis gênée. J'ai très chaud et je transpire beaucoup alors que je ne ressentais pas tout ça avant. Si on n'est pas chez soi pour se laver, on n'est mal à l'aise parce qu'on ne sait pas trop comment faire avec toute cette sueur. (Huguette, Camerounaise, 56 ans, femme au foyer)

L'hypersudation conduit souvent à une modification de la gestion de l'apparence en obligeant les femmes à changer de vêtements plusieurs fois dans la journée ou dans

la nuit, à s'habiller différemment d'avant la ménopause, à changer de techniques d'entretien du corps (avoir des cheveux courts ou éviter de se maquiller, d'utiliser le fond de teint qui pourrait se mettre à « dégouliner »). La transpiration s'accompagne aussi d'une sensation de froid qui induit un changement thermique. Cette alternance rapprochée entre le chaud (bouffée de chaleur) et le froid (transpiration) apparaît souvent désagréable pour de nombreuses femmes.

En dehors de la transpiration, qui est déjà décrite comme désagréable, les Suissesses rapportent aussi un rougissement de la peau (du thorax et du visage) qui semble tout aussi incommodant. Dans le rapport avec les autres, c'est une gêne peu tolérable pour certaines femmes parce qu'elle rend public ce qui jusque-là pouvait rester dans l'intimité :

Des fois au magasin, on sent qu'on devient rouge, on transpire, on a chaud. Ça nous gêne (Marielle, Suissesse)

C'est désagréable parce qu'on sent qu'on devient toute rouge, on transpire et on se dit que tout le monde le voit. (Carine, Suissesse, 58 ans, cadre)

Mais, la gêne ressentie ne découle pas uniquement de cette sensation physique désagréable. Elle provient aussi du fait que les bouffées de chaleur représentent un signe public d'un processus interne associé à l'utérus et aux ovaires. Elles révèlent indubitablement que l'on est une femme, et une femme d'un certain âge (Martin 2001).

Un peu plus de la moitié des Suissesses et des Camerounaises (11) rapportent des insomnies (14) depuis la pré-ménopause ou la ménopause qui laissent souvent l'impression d'un épuisement mental ou physique. Bernadette, Suissesse, qui adhère fortement au modèle biomédical, explique les troubles de sommeil constatés, uniquement par la carence hormonale tandis que plusieurs autres femmes les attribuent à la présence des bouffées et des sueurs nocturnes, qui induisent des difficultés à réaliser des nuits de sommeil complètes :

Je me suis mise à transpirer. Je ne dormais plus. J'avais l'impression que c'est mon cerveau qui ne dormait pas. Il (le médecin) m'a dit : mais c'est ça, rien d'autre. Alors, je sais pourquoi il y a des générations de femmes qui ont été des insomniaques à partir de la ménopause. (Bernadette, Suissesse, 61 ans, FFNE)

J'étais plutôt pas très bien, je transpirais, je ne dormais pas bien. *Aviez-vous des bouffées aussi ?* Oui, seulement la nuit.

*À quelle fréquence ?* Je ne sais pas, en tous cas, très souvent je devais changer de tee-shirt. J'en mettais un près de mon lit pour ne plus me lever. Peut-être deux ou trois fois la nuit et ensuite, j'avais de la peine à me rendormir. (Joëlle, Suissesse, 59 ans, travailleuse indépendante)

La nuit, ça me réveillait. Je me réveillais complètement trempée, je devais me changer. Ensuite, je ne pouvais plus dormir. Je passais toute la nuit comme ça. (Julia, Camerounaise)

En effet, dans certains cas, les femmes sont souvent amenées à se réveiller, voire à se lever et à changer de vêtements, ce qui constitue une entrave au repos ou à un bon sommeil. Cette insomnie est souvent une source d'irritation et paraît difficile à accepter tant les conséquences sont nocives pour la vie professionnelle.

La plupart des femmes, Suissesses et Camerounaises confondues, expliquent l'apparition des bouffées de chaleur en s'inscrivant dans la logique explicative du modèle endogène de la maladie (Laplantine 1992, Herzlich 2005) : les bouffées de chaleur sont dues à la ménopause et expriment des changements qui se produisent à l'intérieur du corps au moment de l'arrêt des règles. Certaines femmes font aussi allusion aux facteurs génétiques en évoquant l'expérience de leur mère.

Cependant, plusieurs Suissesses évoquent aussi l'intervention des facteurs exogènes, notamment le stress dû au travail ou aux soucis quotidiens :

*Elles viennent à quelle fréquence vos bouffées de chaleur ?* Deux par nuit et la journée, ça dépend du stress et des contrariétés ou des soucis. Pour moi, c'est tellement en relation. Elles viennent moins le week-end ou les vacances. (Christine, Suissesse, 54 ans, cadre)

Je lie beaucoup les bouffées de chaleur au stress, si on est pressée de faire quelque chose, si on a des émotions fortes, chagrin, joie ... donc il y a des jours où je n'en ai pas... Stress égal bouffées de chaleur plus souvent et plus fortes.  
(Carmen, Suisse, 56.5 ans, travailleuse indépendante)

Ces facteurs exogènes semblent absents du discours des Camerounaises, sans doute parce que les Camerounais, de manière générale, ont une relation au stress qui est différente. N'étant pas soumis au rythme de vie aussi rapide et contraignant que celui des sociétés occidentales, cette notion semble souvent absente de leur vocabulaire. Et lorsqu'elle est évoquée, elle l'est généralement de manière occasionnelle et pour une question précise (préparation d'un examen, ou attente de résultats d'examens, entretien d'embauche, forte charge pour une activité professionnelle...). Seule Theresa, ménopausée depuis six ans et employée dans un centre de santé, établit une relation entre la fréquence ou la sévérité des bouffées de chaleur avec les moments de stress au travail ou des difficultés du couple :

À un moment c'était très fort et je crois que c'est le stress qui a fait que ce soit si fort. Ça commence un peu à se calmer, ça vient un peu et ça part.  
*Pourquoi dites-vous que c'était le stress ?* Parce que j'avais beaucoup de problèmes à ce moment-là, au travail et même ici à la maison avec mon mari.  
(Theresa, Camerounaise, 50 ans, employée)

L'analyse des entretiens révèle la récurrence des bouffées de chaleur dans le quotidien de plusieurs femmes. Elles ne sont cependant pas généralisables à l'expérience de toutes les femmes. Marie-Josée, Suisse, mère au foyer et ménopausée depuis quatre ans au moment de l'enquête affirme n'en avoir jamais eues :

Il y en a vraiment qui ont des problèmes avec ça.  
*Et vous ?* Non, moi comme je cours tout le temps, j'ai beaucoup de trucs à faire. Oh la rupture, mais moi ça ne me fait aucun problème. Moi je n'ai pas les bouffées de chaleur. J'ai vraiment beaucoup de chance. (Marie-Josée, Suisse, 59 ans, femme au foyer)

Au cours des consultations observées, les bouffées de chaleur, sont comme lors des entretiens, le leitmotiv des plaintes des femmes, indépendamment de leur origine. Hormis lorsque les femmes y vont pour leur bilan gynécologique annuel, les bouffées de chaleur sont le principal motif pour lequel elles consultent. Lorsqu'elles viennent pour le bilan gynécologique, l'attitude vis-à-vis des bouffées de chaleur reste très variable. Elles peuvent alors être décrites comme supportables ou non, laisser indifférentes ou au contraire attirer l'attention au point de solliciter un moyen pour y remédier. En revanche, lorsque la consultation a pour principal motif les bouffées de chaleur, elles sont rarement décrites comme étant supportables, mais plutôt sur leur mauvais jour :

C'est terrible. Ça me réveille la nuit. C'est pour ça que je ne supporte plus.  
(Patiente suisse, âgée de 51 ans)

Cette ménopause m'énerve vraiment. C'est dur. C'est trop fort. J'ai jamais vu ça. Je préfère encore avoir la grippe, mais pas ça. Je suis souvent obligée de me verser de l'eau froide sur la tête et de rester sur le balcon pour avoir un peu froid. (Patiente congolaise, âgée de 49 ans).

Mais, la consultation n'a pas seulement pour objectif d'exposer ce malaise au gynécologue. Elle est souvent aussi l'occasion pour ces femmes de trouver une solution à leurs malaises. Aussi requièrent-elles régulièrement des traitements dont les modalités de prescription et de recours seront abordées dans la dernière partie de cette recherche.

### ***1.1.2. Le corps qui échappe***

D'après la description des interlocutrices, le corps ménopausé apparaît comme un corps qui échappe, un corps sur lequel on n'a plus de contrôle. Cette perte de contrôle s'exprime non seulement à travers les bouffées de chaleur, non prévisibles, que l'on ne peut ni maîtriser ni même anticiper (en dehors des traitements), mais aussi à travers les perturbations et les troubles des règles à la pré-ménopause. Celle-ci est particulièrement chargée d'incertitudes pour la plupart des femmes, car

il est rare de voir un cycle menstruel régulier s'interrompre brusquement, sans transition au moment de la ménopause. Au sein de la population interviewée, les femmes décrivent, de manière assez récurrente, les bouleversements du cycle menstruel, la variation de la fréquence, de la durée et de la quantité des menstruations pendant la pré-ménopause. Mises à part les femmes ayant subi une hystérectomie ou celles qui étaient sous contraceptifs jusqu'à la ménopause, les autres retracent ces bouleversements importants. Camerounaises et Suissesses sont unanimes et font alors la description d'un corps qu'elles ne comprennent (comprenaient) plus et sur lequel elles n'ont (n'avaient) plus aucun contrôle :

J'avais des règles qui devenaient complètement folles dans le sens que j'avais des cycles courts, puis des cycles longs et un beau jour je n'en ai plus eu du tout. Dans ma vie, j'ai toujours eu un cycle régulier d'environ 29 jours. Puis, là c'était à peu près deux semaines et demie, puis après ça passait à un mois par exemple. Je ne savais jamais quand est-ce que ce sera court ou long. (Martha, Suissesse, 54 ans, FFNE)

Ces règles qui s'en vont et qui reviennent comme ça, c'est vraiment l'horreur. On ne sait même plus quelle durée a son cycle. On ne peut plus rien calculer. Elles viennent quand on ne s'y attend pas. Des fois, on n'est même pas chez soi et elles vous surprennent. On commence à réfléchir pour trouver de quoi se protéger. (Marielle, pré-ménopausée, Suissesse, 50 ans, cadre)

Je ne sais pas combien ça va durer cette pré-ménopause. Des fois on se dit qu'on voudrait encore avoir ses règles, mais les voir disparaître pour réapparaître quand on ne s'y attend pas, c'est vraiment énervant. En plus, quelques fois, elles sont tellement abondantes. C'est vraiment des grosses hémorragies. Je ne les avais jamais eues comme ça avant et je ne sais même pas comment contrôler ça. On perd totalement le contrôle, c'est fou et vraiment bizarre. (Madeleine, pré-ménopausée, Suissesse, 52 ans, employée)

Le récit de Julia, Camerounaise, encore en pré-ménopause est particulièrement remarquable et illustre bien cette conception du corps sur lequel on perd tout contrôle :

Dans ma jeunesse je n'ai pas eu de problèmes avec mon cycle. J'avais un cycle régulier de 29 jours. Je n'ai jamais eu de douleurs. Depuis un moment, j'ai commencé à avoir des cycles de 26 ou 25 jours. Il y a une année, j'ai commencé à avoir chaud. Quand ça me prend, je ne comprends plus rien. J'ai la tête qui chauffe. Ces maux de tête ne s'arrêtaient pas, et j'avais aussi les

insomnies. Je passais toute une nuit sans pouvoir dormir. Et quand les bouffées-là commencent j'ai seulement envie de me déshabiller. Trois mois après le début des bouffées, j'ai eu une grosse hémorragie qui m'a affaibli. Pendant onze jours j'ai saigné. J'ai vu le médecin qui m'a prescrit des médicaments. Il y avait 30 comprimés. Je les ai pris, j'ai dormi et quand je me levais le matin, je me sentais mieux. Le lendemain je suis repartie et on m'a fait des examens, puis on m'a fait le toucher et on m'a dit qu'il n'y avait rien de spécial. Mais malgré ce problème, mes règles venaient toujours chaque mois mais le cycle n'était plus régulier. Six mois après, ça a disparu pendant un mois et demi. Je me suis dit que c'était parti et que de toute façon je voulais aussi qu'elles s'en aillent. Un mois et demi et paf, elles étaient à nouveau là. Mais avant, il y a des signes annonciateurs que moi-même je ne comprends plus : tout le corps me fait mal, la tête, le dos, les seins qui se tendent et font mal... j'avais aussi les seins qui se tendaient avant, mais cette fois c'est grave, si mon habit y touche seulement... après ça, ça encore disparu pendant deux mois, je me suis dit ouf, enfin elles sont parties. Je me réjouissais de savoir que je ne les aurais plus à 52 ans. Mais c'est revenu, et c'était très fort. Après, ça encore disparu même pendant deux mois et demi et il n'y a pas longtemps c'est revenu, toujours aussi fort. J'ai vraiment le corps qui me fait mal, je me sens... je ne sais pas comment expliquer. Je me sens mal, les articulations me font très mal, tout le corps, je n'arrivais même plus à être active. Souvent je reste couchée parce que je n'en peux plus. Je ne comprends plus mon corps et je ne sais pas pourquoi ça me dérange autant et c'est ça qui m'énerve. (Julia, pré-ménopausée, Camerounaise, 52 ans, femme au foyer)

Ces manifestations redoutées et inattendues donnent l'impression que le corps échappe. La femme est en position de regard devant son propre corps, sur lequel elle semble avoir perdu tout contrôle. La pré-ménopause est alors souvent vécue comme une période très perturbante et c'est la raison pour laquelle, certaines femmes recourent à la thérapie hormonale afin de reprendre le contrôle sur ce corps qui a tendance à leur échapper.

Cette conception du corps qui échappe contribue une fois de plus à légitimer l'infériorité féminine. Certes, elle découle ici de la description des femmes elles-mêmes. Néanmoins, elle entérine les représentations populaires ou médicales qui présentent des femmes comme soumises à un corps dont elles ne peuvent que subir les assauts (Ehrenreich et English 1982). Ainsi, si le corps féminin échappe d'abord à cause de l'écoulement involontaire du sang menstruel, il échappe tout

aussi à l'arrêt de cet écoulement à travers des manifestations pas toujours contrôlables en l'absence de thérapie.

### ***1.1.3. Le corps à risque***

Dans la logique médicale, la baisse ou l'absence des sécrétions hormonales font du corps ménopausé un corps en carence et à risque de développer plusieurs pathologies à plus ou moins long terme, en l'occurrence, les maladies cardiovasculaires, la maladie d'Alzheimer et l'ostéoporose. Peu de femmes s'identifient à cette conception, mais lorsqu'elle existe, elle est plus prégnante chez les Suissesses que chez les Camerounaises.

Quelques Suissesses rapportent l'hypertension artérielle ou la hausse du cholestérol qui sont survenus plus ou moins simultanément au moment de l'arrêt des règles, mais qui ne lui sont pas forcément imputables. C'est donc surtout de l'ostéoporose dont les femmes parlent. Elles affirment en avoir entendu parler dans les médias ou dans en milieu hospitalier. Mais, celles qui ont une ostéoporose avérée sont néanmoins peu nombreuses (3) :

Je me suis cassée la jambe l'année passée. On se disait on ne devient fragile. J'ai un petit peu d'ostéoporose, donc je prends du calcimagon. Maintenant je dois dire que je vais au ralenti, parce qu'on a toujours peur de se casser quelque chose (Anaïs, Suissesse, 61 ans, FFNE)

J'ai fait des minéralométries, déjà à 48 ans, puis à 53 ans. J'ai de l'ostéopénie<sup>45</sup>. J'étais mince et j'ai une petite ossature et donc je suis exposée à l'ostéoporose. Entre 48 et 53 ans, ça ne s'est pas amélioré. Cette fois, avec le traitement, on espère que ce sera moins. Je crains maintenant d'aller faire du ski, parce que si je tombe sur un rocher... j'avais l'impression qu'en faisant du ski, ça allait se casser trop vite. Donc je me suis dit qu'il vaut mieux arrêter (Martha, Suissesse, 54 ans, FFNE)

---

<sup>45</sup> Il s'agit d'un précurseur de l'ostéoporose, un état intermédiaire entre l'os normal et l'os ostéoporotique.

Même si elles ne sont pas atteintes par la maladie, la plupart des Suissesses évoquent tout de même les risques encourus, sur le plan osseux, dès l'arrêt des règles, faisant écho au discours biomédical ambiant. Elles s'expriment alors davantage sur le registre de la crainte ou de la prévention :

On sait qu'il y a des femmes qui ont l'ostéoporose. Ça c'est une des craintes que moi j'ai. Moi je prends tous les jours du calcium pour éviter l'ostéoporose. (Sonia, Suissesse, 59 ans, cadre)

Il faut faire attention : il faut prendre des vitamines, du calcium, un peu plus de contrôle qu'on n'avait pas avant, à cause des os. (Clémentine, Suissesse, 66 ans, cadre retraitée)

Mais, les profanes ne sont pas toujours complètement assujettis au discours médical (Herzlich 1991). Ainsi, Carmen se démarque de ses compatriotes en soulignant le caractère dramatique du discours médical auquel elle n'adhère point :

Je ne suis pas du tout inquiète. On tombe dans l'excès négatif, c'est ce côté catastrophique, mais l'excès pour tout, que je n'aime pas. Dès qu'on est ménopausée, on commence à vous parler d'ostéoporose. Mais, toutes les femmes ne l'ont pas. Ils pourraient commencer à la prévenir avant. (Carmen, Suissesse, 56.5 ans, travailleuse indépendante)

Les préoccupations liées à l'ostéoporose chez les Suissesses révèlent aussi une forte adhésion au modèle endogène. Les femmes font souvent référence aux dispositions familiales génétiques pouvant les prédisposer à l'ostéoporose ou non.

Au cours des « consultations de ménopause », l'ostéoporose est toujours abordée et les questions portent généralement sur les antécédents familiaux et des facteurs de risque des femmes. Ces préoccupations relatives à l'ostéoporose sont valables pour toutes les femmes qui viennent en « consultation de ménopause » quel que soit leur origine ethnique ou leur âge. Par mesure de prévention, les professionnels terminent toutes les consultations par la prescription du Calcium et de la Vitamine D, supposés renforcer et maintenir la densité osseuse. L'ostéodensitométrie,

examen qui permet de mesurer la densité osseuse, n'est cependant pas systématiquement proposée et n'est pratiquée qu'en cas de risque avéré (antécédents familiaux directs, signes précurseurs diagnostiqués chez la patiente). Cela se justifie par le fait que celle-ci n'est prise en charge par la les caisses d'Assurance Maladie que sur prescription médicale, et uniquement pour les patients pour lesquels le risque a été clairement établi.

Du côté des Camerounaises, l'allusion au cholestérol reste absente. L'hypertension artérielle apparaît dans le discours de près de la moitié des femmes, mais n'est pas souvent mise en relation avec l'arrêt des règles. L'ostéoporose est pratiquement absente du discours des femmes interviewées. Elles n'en parlent ni pour exprimer la crainte ni pour évoquer les moyens de prévention. Cela s'explique d'une part par le fait qu'elle n'est pas visée par les programmes de prévention de la santé publique du Cameroun et, par conséquent, qu'elle reste peu connue par les profanes. D'autre part, cette absence est probablement révélatrice de la rareté de cette affection au sein de la population Camerounaise, que l'on peut attribuer non seulement à l'espérance de vie moins élevée<sup>46</sup>, mais, peut-être, aussi aux prédispositions physiologiques. En effet, Lopes et Ringa (2003) suggèrent de penser que les femmes africaines, avec une densité osseuse plus élevée, auraient moins de risques ostéoporotiques que les femmes européennes. Seule Theresa en parle alors explicitement :

*J'ai une ostéoporose, une décalcification osseuse.*

*Depuis combien de temps l'ont-ils détecté ?* Depuis quatre ans. Avec les multiples hernies discales que j'ai. Je prends des anti-inflammatoires et j'ai fait la kiné.

*As-tu eu des fractures ?* Non, pas encore. Mais je fais très attention, parce que c'est comme si le col du fémur-là peut s'arracher un jour. Je sens que ce n'est plus comme avant et j'ai peur de glisser et tomber. Je prends du calcium et le

---

<sup>46</sup> L'ostéoporose s'observe généralement chez les personnes de plus de 60 ans (Lopes et Ringa 2003). On peut supposer qu'avec une espérance de vie de moins de 50 ans, plus de Camerounais meurent avant qu'une telle affection ne se manifeste.

magnésium et d'autres médicaments que le médecin m'a prescrits. (Theresa, Camerounaise, 50 ans, employée)

Theresa affirme qu'elle n'a pas d'explications claires sur l'origine de l'ostéoporose, d'autant plus qu'au sein de sa famille, elle n'en avait jamais entendu parler. Elle pense cependant que celle-ci serait imputable à la ménopause parce qu'elle a été détectée deux ans après l'arrêt définitif des règles. La prise constante et la dépendance vis-à-vis des médicaments marquent une rupture avec le « corps d'avant » et introduisent, chez elle, une prise de conscience d'une dégradation de la santé.

#### ***1.1.4. Un corps en perte de santé ou en proie à des maladies***

Aujourd'hui, la santé occupe une place prépondérante autant dans les sociétés occidentales que dans les pays en voie de développement. C'est une valeur de référence autour de laquelle s'organise l'ensemble des pratiques individuelles et collectives : « la santé est dans tout et tout est dans la santé » (Crawford cité in Herzlich 1992 : 353). Elle est donc, au Nord et au Sud, le bien le plus précieux (Hours 2003).

Le plus souvent, c'est en référence à la maladie que la santé est appréhendée, mais les questions de santé débordent largement l'opposition entre le normal et le pathologique (Canguilhem 1966). Les travaux de Claudine Herzlich révèlent d'ailleurs une conception pluraliste de la notion santé, qui lui permet d'affirmer qu'« il existe dans la représentation, non pas une mais des « santés » : la *santé-vide*, le *fond de santé*, l'*équilibre* (Herzlich 2005 : 79).

### **Encadré 1 : les trois formes de la santé selon Herzlich (2005)**

La « **santé-vide** » est un état défini négativement, c'est-à-dire qu'elle se réfère à une absence : absence de maladie, absence de la conscience du corps et de son fonctionnement, proche du silence des organes dont parlait Leriche (1936). Cette forme de santé ne prend son importance que lorsqu'on la perd, lorsqu'apparaît la maladie qui la détruit.

Le « **fond de santé** » se distingue de la « santé-vide » parce qu'il renvoie, non à un état, mais à un capital : « par la santé-vide, on « est » en bonne santé, parce qu'on n'est pas malade. Grâce au fond de santé, on « a » une bonne santé » (Herzlich 2005 : 81). Le « fond de santé » est « une caractéristique organo-biologique » (Herzlich 2005), c'est-à-dire qu'il dépend de la constitution de chaque individu et n'est pas identique pour tous les êtres humains. Le potentiel de défense ou de vitalité peut s'accroître ou se détériorer au fil du temps en fonction du mode de vie de l'individu.

L'« **équilibre** » est une forme de santé qui renvoie au bien-être physique et psychologique, à la bonne humeur, à l'infatigabilité, à l'activité et à l'efficacité dans l'activité, à la bonne relation avec autrui. Herzlich qualifie cette variante de « vraie santé » car, « d'une part elle actualise, sur le plan du vécu, les possibilités du « fond de santé », et d'autre part, elle s'oppose à la forme négative et inférieure qu'est la « santé-vide » » (Herzlich 2005 : 83).

Selon la grande majorité des Camerounaises et des Suissesses interviewées, la ménopause apparaît comme un état qui affecte, à des degrés différents, et de manières diverses, chacune de ces trois formes de santé, comme nous le verrons ultérieurement.

Tout comme la santé, la maladie apparaît aussi chez Herzlich comme polymorphe. Ce polymorphisme ressort principalement à travers une série de variables, en l'occurrence le « degré d'atteinte », la « qualité » et les « critères temporels » (Herzlich 2005 : 92).

Concernant le degré d'atteinte, Herzlich (2005) distingue la maladie grave de la maladie bénigne, la maladie curable de la maladie incurable, la maladie mortelle de la maladie non mortelle, la maladie réversible de la maladie irréversible. La qualité a trait au caractère douloureux ou non douloureux de la maladie (Herzlich 2005). Enfin, les « critères temporels » se définissent en termes de maladie longue ou courte, maladie chronique ou non chronique, maladie brusque ou non brusque (Herzlich 2005). Chez mes interlocutrices, la description de la ménopause s'articule non seulement autour de maladies plus ou moins graves qu'elle peut entraîner, mais aussi autour de critères qualitatifs et temporels des manifestations ressenties :

troubles légers ou sévères, apparaissant brusquement ou progressivement, disparaissant dans le temps ou demeurant présents.

Au sein des personnes interviewées, la santé apparaît pour toutes les informatrices comme étant une valeur primordiale. Les définitions de la santé s'articulent, généralement, autour des dimensions expressive et instrumentale (Boltanski 1971 ; Détérez 2002).

Pour la grande majorité des Camerounaises (16) et moins de la moitié des Suissesses (6), la santé est davantage définie dans sa dimension instrumentale et utilitaire. La santé c'est « ne pas avoir de symptômes qui m'empêchent de faire mon quotidien » ; « la santé, c'est ne pas souffrir », « ne pas avoir de bobos », « ne pas avoir de douleurs », « pouvoir travailler et mener ses activités normalement ». Il s'agit de définitions assez proches du concept de « santé-vide » de Herzlich (2005). En effet, pour ces femmes, la santé se réfère non seulement à la conception d'un corps présent-absent, mais aussi à une culture somatique<sup>47</sup> de la force, à l'idée d'un corps qui représente avant tout un outil permettant de mener à bien ses activités professionnelles, domestiques voire ludiques.

La majorité des Suissesses (15) et une minorité de Camerounaises incluent (4), dans leur définition, les dimensions expressive et instrumentale. Leurs définitions se rapprochent davantage de la « santé-équilibre », énoncée par Herzlich (2005) : la santé, « c'est être bien dans mon corps », « c'est le bien-être », « c'est être en pleine forme », « être bien dans sa peau et dans sa tête ». La santé est donc à la fois un état psychologique que physique, sans que l'on sache lequel commande l'autre (Travaillot 1998). Cette dimension holistique de la santé est davantage liée à une

---

<sup>47</sup> Boltanski (1971) parle de culture somatique pour désigner la caractéristique propre à chaque groupe social d'intérioriser et d'extérioriser les manières d'être avec son corps.

culture somatique de la forme qui rend le corps digne d'attention et d'écoute (Boltanski 1971 ; Détrez 2002). Chez les Camerounaises, elle s'observe principalement chez les femmes ayant un statut social élevé alors que chez les Suissesses, on la trouve chez des femmes de toutes classes sociales confondues, sans doute du fait de la prééminence de ces valeurs, de l'importance accordé au psychologique et au développement personnel, plus accrue dans les sociétés occidentales.

Si, à l'unanimité, les femmes, quel que soit leur contexte, affirment que la ménopause n'est pas une maladie, elles considèrent cependant qu'elle marque une rupture importante dans leur trajectoire de santé. La ménopause entraîne, en effet, en plus des malaises physiques tels que les bouffées de chaleur et les sueurs qui les accompagnent, l'apparition d'un certain nombre de maladies.

En plus de l'ostéoporose qui a été précédemment soulignée et des bouffées de chaleur, les douleurs articulaires sont ressenties et décrites par un grand nombre de femmes, surtout les Camerounaises. Leur présence compromet ainsi l'expérience de la « santé-vidé » (Herzlich 2005). Le silence dans les organes (Leriche 1936) et l'absence de conscience du corps et de son fonctionnement semblent désormais révolus : « j'ai mal dans les doigts », « on commence à sentir un peu ce corps, ce côté désagréable, on a mal » disent certaines.

Les Suissesses se démarquent cependant des Camerounaises en affirmant que la dégradation de leur état de santé n'est pas toujours imputable à la ménopause. Les maladies qui surviennent maintenant sont davantage dues à l'usure du corps, plutôt liée à l'âge, qu'à la ménopause elle-même, comme l'affirme Clémentine : « la mécanique est au ralenti. Mais, c'est l'âge. C'est pas la ménopause ». Etant mieux informées sur les troubles associés à la ménopause, elles arrivent à les dissocier de la dégradation physique subséquente à l'usure du corps et à l'âge.

Pour la majorité de Camerounaises (17), les maux dont elles souffrent sont consécutifs à l'arrêt des règles. Autrement dit, la détérioration de leur état de santé est pratiquement attribuable à la ménopause. Le manque d'informations sur l'arrêt des règles pourrait avoir comme effet un surenchérissement des troubles qui lui sont attribués. Sont alors généralement cités les céphalées et les douleurs dorsales, les douleurs dans les hanches et dans les genoux, les rhumatismes. Ces troubles, mentionnés en majorité par les Camerounaises et peu évoqués par les Suissesses laissent supposer l'existence de biologies locales (Lock 1993, 2006), mais une telle affirmation ne saurait être confirmée que par des études plus exhaustives.

Ce corps rhumatisant et en proie à de nombreuses « petites maladies », tel qu'il est décrit par plusieurs Camerounaises, marque non seulement une rupture avec la « santé-vide » mais constitue aussi la preuve d'une altération du « fond de santé » (Herzlich 2005), qui permettait de résister à la maladie :

Est-ce qu'on peut encore parler de santé quand on est ménopausée. J'ai mal au dos et aux genoux, le rhumatisme. Beaucoup de petites maladies après la ménopause. C'est seulement qu'il faut lutter, il ne faut pas se coucher et se dire qu'on doit se reposer. Je me suis sentie soulagée quand les règles sont parties sans savoir que c'est une mauvaise chose quand elles sont finies parce que ça entraîne des modifications qui peuvent aussi induire des petites maladies. (Mariane, Camerounaise, 65 ans, travailleuse indépendante)

De temps en temps, j'ai le rhumatisme qui me dérange. J'ai des douleurs et je me dis je suis malade parce qu'avant je ne me sentais pas comme ça. Je sens que c'est la vieillesse-là qui commence à arriver. (Huguette, Camerounaise, 56 ans, femme au foyer)

La fragilité qu'entraîne la modification du « capital santé » fait aussi du corps ménopausé un corps en déclin, s'acheminant doucement vers la décrépitude, un corps en perte d'énergie (Thoër-Fabre 2005), un corps affaibli. En effet, plusieurs Suissesses et Camerounaises rapportent un sentiment de fatigue, d'épuisement physique et de perte de tonus. Cette fatigue menace alors la manière d'habiter leur corps et de compter sur lui (Thiriet et Képès 1986) car elle est considérée comme

handicapante pour les activités quotidiennes ou professionnelles. Dans la société actuelle où s'imposent les critères d'efficacité, de rendement et de performance, les changements introduits par l'arrêt des règles peuvent être mal acceptés. Selon la grande majorité des femmes, le manque de sommeil, les sueurs nocturnes sont souvent à l'origine de cette fatigue. Néanmoins, un petit nombre de Camerounaises et de Suissesses lient aussi cette asthénie à l'usure du corps, à l'âge ou à d'autres problèmes familiaux, et non directement à la ménopause.

Claudine Herzlich (2005) invite à concevoir la santé et la maladie non pas uniquement comme deux phénomènes antinomiques, mais aussi comme une entité indissociable. Pour elle, en effet, « il n'existe ni dans l'expérience vécue, ni dans la conceptualisation spontanée, un phénomène santé, un phénomène maladie uniques. Santé et maladie sont vécues comme multiplicité tout autant que comme unité » (Herzlich 2005 : 75). Cette affirmation semble tout à fait pertinente dans le cadre de la ménopause qui apparaît, selon le discours de mes interlocutrices, comme un état intermédiaire entre la santé et la maladie. D'une part, bien qu'elle soit à l'origine de nombreux désagréments, elle n'est pas considérée comme une maladie, pour la totalité des Suissesses et des Camerounaises interviewées. D'autre part, si elle n'est pas assimilée à une maladie, il n'en demeure pas moins que de nombreuses interlocutrices lui attribuent divers troubles qui induisent généralement, à des degrés qui varient selon les femmes, une altération de la « santé-vide » ou du « fond de santé » voire de la « santé équilibre », bien que cette dernière soit plus présente chez les Suissesses que chez les Camerounaises.

## **I.2. LA TRANSFORMATION DE L'IMAGE CORPORELLE**

L'image corporelle « traduit la représentation que le sujet se fait de son corps. La façon dont il lui apparaît plus ou moins consciemment à travers un contexte social et culturel particularisé par son histoire personnelle » (Le Breton 2008 : 215). Selon une histoire qui est lui propre, chaque individu fait sien un jugement qui marque de

son empreinte l'image qu'il se fait de son corps et l'estime qu'il a de lui-même. En plus des manifestations physiques précédemment évoquées, les femmes interviewées en Suisse et au Cameroun sont nombreuses à parler des mutations sur le plan corporel qui peuvent modifier le rapport narcissique à leur corps, comme la prise de poids, le relâchement cutané, la sécheresse de la peau et des muqueuses. Ces transformations, souvent associées à l'arrêt des règles, traduisent aussi diverses conceptions du corps ménopausé. Celui-ci est perçu comme un corps qui gonfle (Thoër-Fabre 2005) et grossit, un corps transformé, un corps sec, mou et flasque.

### ***1.2.1. Le corps transformé : la modification de la silhouette***

La prise de poids est souvent citée comme étant l'une des conséquences de la ménopause. Elle constitue une thématique récurrente lors des entretiens et apparaît comme une préoccupation majeure pour les femmes, car elle est âprement combattue à cette époque.

Composante essentielle de l'image du corps, la valeur, c'est-à-dire l'intériorisation du jugement social qui entoure les attributs du corps - beau-laid, jeune-vieux, grand-petit, maigre-gros - (Le Breton 2008) est particulièrement importante. Aujourd'hui, l'embonpoint a une connotation négative. Intériorisée, ce refus de la grosseur peut entraîner un sentiment de dépréciation personnelle pour ceux qui y sont sujets. Le vécu du grossissement peut donc être douloureux.

Parmi les femmes interviewées, seule une minorité témoigne d'une non évolution de leur poids à la ménopause. Ainsi, plus de la moitié des Camerounaises (14) et des Suissesses (16) font l'expérience d'une prise de poids. Celle-ci varie de cinq à plus de 10 kilos et est souvent clairement attribuée à l'arrêt des règles. Outre la pesée, l'un des indicateurs de la prise de poids est le port des vêtements précédents. Ceux-ci devenant trop serrés, obligent les femmes à modifier sa garde robe. Cette prise de poids marque alors une rupture entre l'être que l'on a été et ce que l'on est. Sur le

plan esthétique, elle est souvent redoutée, car elle entraîne une modification de la silhouette qui témoigne alors d'une évolution du « capital esthétique » comme l'a noté Delanoë (2006). Ce corps éloigné des canons esthétiques acquiert une visibilité différente. Il est perçu comme un corps transformé, la prise de poids étant décrite comme l'horreur visible de sa mutation (Herzlich 1991). C'est un corps qui est devenu horrible à voir, un corps difforme, avec les contours désormais devenus flous (Weissman 2004). La prise de poids est alors dépréciée :

Ça me gêne de prendre du poids parce que pendant des années, je pouvais manger n'importe quoi et je gardais plus ou moins la ligne, alors que maintenant ce n'est plus le cas. Je perds un peu les formes. Du fait de mon métier, je suis dans la confection, donc j'essaie de faire attention à ce que je mets. Et puis, je n'ai pas envie de me retrouver toute grosse. J'ai souvent entendu que la ménopause fait prendre du poids et je commence à le voir maintenant. (Marielle, pré-ménopausée, Suisse, 50 ans, cadre)

J'ai pris du poids tout d'un coup, mais oh la la. Esthétiquement, oui, ça m'a inquiétée cette prise de poids. Je ne fermais plus mes pantalons, les petits bourrelets qui apparaissent et qui commencent à se voir... (Lucienne, Suisse, 50 ans, employée)

C'est clair que ces kilos en trop m'énervent. Avant, je n'avais pas le ventre, maintenant je l'ai. Je ne peux plus rentrer dans les habits que j'aimais. Je suis souvent obligée de faire des petits régimes pour ne pas totalement devenir difforme (Laurette, Camerounaise, 50 ans, cadre)

Indépendamment d'une variation du poids, l'allusion au ventre qui gonfle est souvent récurrente. Si le vieillissement peut parfois apparaître comme irréversible, il n'en va pas de même pour la prise de poids. Les régimes diététiques, souvent très stricts, les soins amincissants et raffermissants apparaissent comme autant de solutions auxquelles recourent les femmes des deux contextes, mais particulièrement les Suissesses, pour venir à bout des kilos en trop. Quelques fois, ceux-ci apparaissent inefficaces, témoignant, une fois de plus, d'une perte de contrôle sur le corps.

Mais, la prise de poids n'est pas seulement préoccupante du point de vue esthétique, elle l'est aussi du point de vue de la santé. Plusieurs femmes, quel que

soit le contexte, affirment, en effet, que si elle est importante, la prise de poids est nocive pour la santé, particulièrement pour les articulations, le dos et le cœur. De ce fait, la préoccupation à l'égard du poids semble avoir toujours été présente chez plusieurs d'entre elles. Chez d'autres, elle est récente et découle des kilos trop « facilement » pris à la ménopause.

Le vécu douloureux du grossissement est le reflet du regard que la société porte sur la grosseur ainsi que sur l'idéal du corps féminin. Cependant, presque toutes les Camerounaises et Suissesses rapportant une prise de poids se rejoignent en affirmant que la gêne éprouvée ne renvoie pas spécifiquement aux idéaux corporels en vigueur, mais d'abord à une norme qui leur est personnelle et qui se réfère à la « silhouette d'avant ». On peut ainsi affirmer avec Le Breton que « la fabrique personnelle du corps n'est pas seulement satisfaction à des normes diffuses d'apparence, mais aussi une quête de bien-être, « se sentir bien dans sa peau », se « sentir soi » » (2008 : 230). Le regard que l'on porte sur soi-même reste alors primordial. On peut toutefois remarquer au cours de certains entretiens, que le regard du conjoint a tout de même une place importante :

Moi j'ai un mari qui est beau donc je dois me maintenir. Si je deviens moche et grosse, il fait moins attention. Moi c'est beaucoup plus tenir mon couple, mon mari quoi. (Marie-Josée, Suissesse, 59 ans, femme au foyer)

Bien qu'elles soient insatisfaites, quelques unes des femmes qui témoignent d'une prise de poids affirment y être indifférentes. C'est le cas de Carine qui insiste sur le caractère inéluctable de cette évolution :

Les bourrelets viennent un peu plus facilement s'en vont plus difficilement. Voilà, c'est le charme de la vieillesse.  
*Ça vous dérange ?* Ça me dérange et ça ne me dérange pas. J'entends, c'est la vie. On ne peut pas vivre plus longtemps et rester toujours jeune. On fait avec.  
(Carine, Suissesse, 58 ans, cadre)

Les questions relatives au poids sont aussi abordées au cours des « consultations de ménopause ». Les femmes se plaignent généralement des kilos qu'elles auraient

pris dès l'arrêt de la menstruation et dont elles voudraient se débarrasser en ayant recours à l'hormonothérapie. Celle-ci est alors supposée agir sur « la mauvaise répartition des graisses » due à la ménopause et permettre à la femme de retrouver sa « silhouette d'avant ». Cependant, de manière assez surprenante, certaines femmes se plaignent aussi d'une prise de poids qu'auraient induite les traitements hormonaux substitutifs auxquels elles ont recours. Dans ce cas, les préoccupations se portent le plus souvent sur les possibilités de l'éviter tout en maintenant leur traitement, question à laquelle les professionnels n'ont généralement que des réponses évasives. Leurs recommandations portent plutôt, assez souvent, sur une « bonne » hygiène de vie, incluant une alimentation saine et la pratique régulière de l'exercice physique.

### ***1.2.2. Le corps sec, mou et flasque***

Plus de la moitié de Camerounaises et de Suissesses parlent de l'amincissement et du dessèchement de la peau et des muqueuses. La peau est devenue plus fine, moins ferme et plus sèche, nécessitant désormais une forte hydratation. Le relâchement cutané laisse alors apparaître des rides.

Peu de Camerounaises se préoccupent de l'apparition des rides, sans doute parce qu'elles en ont peu<sup>48</sup>. Pour elles, les rides ne sont pas spécifiquement associées à la ménopause, mais sont le témoin des années qui passent. La grande majorité affirme être peu gênée par leur apparition, parce qu'elles sont inéluctables et progressives.

Une double attitude caractérise les Suissesses. Pour certaines, les rides ne sont pas apparues de manière soudaine. Elles se sont insinuées petit à petit et ne sont pas uniquement liées à la ménopause. Pour d'autres, la ménopause, à cause de l'arrêt

---

<sup>48</sup> Il semblerait que la peau noire soit plus épaisse et qu'elle a tendance à moins se rider que la peau blanche. Mais, je n'ai pas trouvé d'études me permettant de le confirmer.

des sécrétions ovariennes, a marqué un tournant à partir duquel les rides se sont accélérées :

Au niveau de la peau, au niveau du visage, j'ai l'impression tout d'un coup, je me suis réveillée avec la peau plus fripée. Une fois que les hormones s'arrêtent, on le sent bien. On devient plus sèche encore et ça accentue les rides. (Christine, Suisse, 54 ans, cadre)

La réaction devant cette situation est diversifiée. Pour une minorité de Suissesses, et pour une majorité de Camerounaises l'apparition des rides les laisse presque indifférentes, car il ne sert à rien de lutter contre ces marques du temps :

On est peut-être un peu plus fané. C'est normal. Il ne faut pas surtout croire qu'on a toujours 40 ans, c'est ça. C'est la vie. Personnellement, ça ne me dérange pas tant que ça. (Anaïs, Suisse, 61 ans, FFNE)

*Que pensez-vous de ces rides qui apparaissent?* Ça ne m'a pas dérangé parce que ça fait partie de l'expression du visage. Moi, les gens qui sont botoxés, ils ont l'air de mourir, il n'y a plus d'expression. J'hydrate simplement ma peau et je n'ai pas besoin de lutter contre les rides, qui de toute manière, vont réapparaître. (Helena, Suisse, 65 ans, cadre retraitée)

Les rides pour moi c'est les marques de la vie, mais ça ne veut pas dire qu'on n'est plus belle. On est même encore superbe. Pour moi, on n'a pas besoin d'être toujours lisse. (Lucie, Camerounaise, 58 ans, femme au foyer)

Pour d'autres femmes, les Suissesses en particulier, les rides, qu'elles soient ou non associées à la ménopause, projettent dans le vieillissement. Elles nécessitent alors d'être gommées par l'utilisation des crèmes antirides, eu égard aux représentations négatives de la vieillesse prédominante dans les sociétés occidentales :

J'utilise l'Oréal, des crèmes pour bien hydrater la peau, une crème de jour, une crème de nuit et les crèmes antirides.

*Pourquoi?* Pour maintenir l'élasticité de la peau et pour essayer de combattre un peu les rides, ne pas les avoir trop vite. Bon, on en a quand même, mais on veille à ce que ça ne se dégrade pas trop pour ne pas paraître trop mémé. (Berthe, Suisse, 59 ans, FFNE)

Comme l'affirme Le Breton, « si l'existence est une histoire de peau, la vieillesse l'est davantage encore en ce qu'elle dérobe peu à peu l'individu à ses anciennes apparences » (2008 : 212). Avec les rides qui apparaissent et se creusent, les traits s'altèrent. Ces signes prononcés du vieillissement créent une rupture avec l'image qu'on avait jusque-là de soi. L'individu ne se reconnaît plus dans le miroir, car il est devenu autre (Le Breton 2008) :

Jusqu'à maintenant j'ai toujours pris les hormones, alors ça va. Bien sûr la peau se flétrit un peu. J'espère qu'elle ne se flétrira pas trop si je dois arrêter. Ça, ça m'inquiète un peu et c'est pour ça que j'hésite un peu à arrêter.  
*Pourquoi ?* Mais moi j'ai pas envie d'être une vieille pomme toute ratatinée et les rides donnent vraiment cette impression-là, qu'on est vieille. On se met devant le miroir tous les jours, on regarde ce visage qui change et on veut garder une belle peau. (Joëlle, Suisse, 59 ans, travailleuse indépendante)

En effet, le visage est la zone qui préoccupe le plus, compte tenu du fait qu'« il faut aujourd'hui, sinon mourir, disparaître très vieux avec un visage d'éternelle jeunesse » (Le Breton 2008 : 210). Comment survivre face au miroir qui trahit en offrant un visage ridé, à cette époque où les apparences ont pris le pouvoir ? En tant que « capitale du corps » (Le Breton 2003), le visage permet à l'individu de rentrer en contact avec les autres. La contradiction s'installe lorsque le miroir renvoie l'image de cet être qui a tant changé, pour soi et pour les autres. Une fois que le visage commence à perdre ses traits, l'individu perd ses repères, car le visage de référence, que chaque homme porte en lui, et à l'aune duquel il mesure son visage d'aujourd'hui est bien celui de sa jeunesse (Le Breton 2008). Pas étonnant d'entendre Carmen, Suisse, dire « souvent quand je me regarde devant la glace, je ne me reconnais plus. Je me dis c'est pas moi ça ».

Les femmes ne parlent pas uniquement des rides, mais aussi du relâchement cutané, palpable sur le ventre, les bras, le cou et le bas du visage. Mais, si les Camerounaises parlent simplement de sécheresse et de relâchement de la peau, les Suissesses, quant à elles, emploient des expressions largement empreintes d'une connotation péjorative pour désigner ce relâchement cutané. Elles parlent souvent

du « mou », du « flasque », des « peaux ratatinées » ou des « peaux qui s'affaissent ». Quelques unes, comme Jeannette, Suisseuse ne manquent pas, au cours des entretiens, de tenir la peau des mains, des bras ou du bas du visage pour montrer à quel point la peau est devenue flasque : « vous voyez comme c'est fin. On fond, on devient mou ». Ces expressions évoquent un corps qui trahit en laissant apparaître les marques du temps que certaines voudraient gommer par l'utilisation des crèmes antirides ou l'hormonothérapie substitutive.

Pendant les « consultations de ménopause », les professionnels de la santé se gardent souvent de faire des remarques sur le vieillissement, sur l'apparition des rides ou sur ces « peaux qui tombent » (Thoër-Fabre 2005). Cependant, les femmes les évoquent quelques fois. C'est le cas de cette patiente, Suisseuse, âgée de 57 ans, divorcée, mais en couple, qui suit une hormonothérapie substitutive depuis 10 ans. Pendant la consultation, le gynécologue lui demande d'arrêter le traitement, en évoquant les risques de cancer du sein et d'autres encore après une si longue période d'utilisation. La femme, très confuse, parce qu'elle ne s'y attendait pas en venant à la consultation, affirme qu'elle ne le souhaiterait pas, car le traitement hormonal lui permet de garder une « belle peau, moins sèche et peu ridée ». En arrêtant le traitement, « la peau se flétrira vite. Elle va commencer à tomber ». Ridée, la peau flasque, les traits tombant, elle (la femme) affirme qu'elle donnera alors « l'impression d'être une vieille mémé », ce dont elle n'a pas envie.

La conception du corps « tout sec » renvoie aussi à la sécheresse des autres muqueuses vaginales ou de la voix. Comme les bouffées de chaleur, la sécheresse vaginale est aussi un signe de la ménopause dont se plaignent fréquemment les femmes, indépendamment du contexte et autant à la « consultation de ménopause » que lors des entretiens. Celle-ci rend souvent l'activité sexuelle problématique. Les conséquences de la ménopause sur la vie sexuelle seront davantage développées dans la troisième section de ce chapitre.

En dehors de la sécheresse vaginale, quelques femmes évoquent les seins qui s'assèchent, perdant de leur volume ou de leur tonicité. La sécheresse des muqueuses semble particulièrement préoccuper Emilienne, Suissesse et ménopausée depuis sept ans et professionnelle du chant. Pour elle, exercer son métier devient très laborieux, car « la voix et le son en prennent un grand coup ».

Sans qu'elles ne fassent référence à une conception du corps précise, l'altération de la chevelure, en termes de perte de l'épaisseur, de chute et de perte la vitesse de croissance des cheveux est souvent aussi citée. Sur le plan esthétique, cette altération est aussi souvent dépréciée :

Moi ce qui me fait le plus souci c'est que je n'ai pas beaucoup de cheveux.  
Donc ce qui m'inquiète c'est de perdre les cheveux, c'est surtout ça. Ils deviennent fins. J'ai eu, à un moment les cheveux qui tombaient beaucoup.  
Pour moi, mon angoisse plutôt c'est ça. (Madeleine, Suissesse)

Cette altération est, néanmoins davantage citée et plus préoccupante pour les Suissesses que pour les Camerounaises. Cela peut se comprendre à la lumière des diverses possibilités (tresses, rajouts de faux cheveux sous plusieurs formes) qu'ont les Camerounaises pour remédier aux problèmes posés par leur chevelure (souvent instaurées avant la ménopause) et dont ne disposent pas les Suissesses.

L'incontinence urinaire, souvent présentée comme étant aussi l'une des conséquences de la ménopause, n'est pas très présente dans le discours des femmes interviewées. Les Camerounaises ne l'ont pas du tout évoquée<sup>49</sup>. Chez les Suissesses, si elle existe, elle n'est pas considérée pour autant comme un signe spécifique de la ménopause, car elle apparaît aussi souvent bien avant. Bernadette, Suissesse, est la seule qui a attribué ses envies fréquentes d'uriner à l'arrêt des sécrétions ovariennes. Cependant, au cours des consultations observées, au moins

---

<sup>49</sup> D'après mes observations, j'ai constaté que les Camerounaises, en général (que ce soit avant ou après la ménopause), ne parlent que très peu, voire pas du tout de l'incontinence urinaire. Je suppose que ce n'est pas seulement par mesure de discrétion. C'est probablement aussi parce qu'elles en souffrent peu et je me demande s'il n'y aurait pas quelque prédisposition physiologique ou morphologique. Cela pourrait être une piste intéressante à creuser par des études plus ciblées sur cet aspect.

une dizaine de femmes se sont plaintes de l'incontinence urinaire depuis la post-ménopause. Celle-ci, à elle seule, n'est pas un motif nécessitant la prescription d'une hormonothérapie, d'après les gynécologues. Les femmes qui s'en plaignent sont donc souvent orientées vers le service d'urologie de l'Hôpital H ou vers des physiothérapeutes pouvant leur conseiller des exercices permettant de renforcer les muscles du plancher pelvien.

### I.3. SUR LE PLAN ÉMOTIONNEL

Lorsqu'elles parlent d'elles-mêmes, de nombreuses Suissesses et Camerounaises se distancient du discours médical ou populaire répandu qui associe la ménopause aux troubles psychiques ou aux épisodes dépressifs. La proportion des femmes qui témoigne de troubles émotionnels depuis la ménopause est faible, mais elle l'est davantage chez les Camerounaises (4) que chez les Suissesses (7). Celles qui en font l'expérience parlent notamment de l'irritabilité et des fluctuations d'humeurs et disent être « un peu tendues » ou encore « nerveuses » :

J'ai constaté une modification de l'humeur. Je suis vite irritable. On change quand même. On n'est plus la même chose. Le caractère qui change, ça, ça m'inquiète un peu. Parce que des fois, je répondais tellement mal aux gens... je me dis mais ça c'est pas moi. Bon... j'ai beaucoup de téléphone hein, donc des fois c'est lourd. Donc quelques fois, je répondais vraiment euh...j'étais agressive un peu. Ça j'ai un peu de la peine à pouvoir gérer ça. C'est vraiment le point le plus négatif de cette ménopause. (Madeleine, pré-ménopausée, Suissesse, 52 ans, employée)

Ce sentiment d'agressivité que décrit Madeleine et dont d'autres femmes font l'expérience semble nocif dans leur rapport aux autres, tant il renvoie à l'image de la vieille femme acariâtre. Avec les changements d'humeur, c'est la « santé équilibre » (Herzlich 2005), source de bien-être physique et psychologique, de bonne relation avec autrui, qui est altérée.

Mais, le changement de caractère n'est pas toujours considéré comme étant l'un des troubles de la ménopause. Il apparaît souvent, selon certaines femmes, comme étant consécutif aux nombreux changements auxquels elles doivent faire face à ce moment-là :

Moi, c'est surtout ces bouffées de chaleur qui m'énervent. Je n'étais pas comme ça, mais depuis que ça a commencé à me déranger ... Donc, je deviens un peu irritable et agressive (Marie-Dominique, pré-ménopausée, Camerounaise, 45 ans, employée)

Psychologiquement c'est pas très facile à accepter aussi. Justement tout ce qui accompagne la ménopause : problèmes de peau, de sommeil, de prise de poids. Tout ça il faut accepter et accepter positivement. C'est ça je trouve qui n'est peut-être pas si facile. Je ne suis plus tellement de bonne humeur. Je suis plus irritable (Sonia, Suissesse, 59 ans, cadre)

Moi, j'ai vraiment beaucoup de peine à accepter.  
*Qu'est-ce qui vous paraît difficile à accepter ?* Mais c'est ces bouffées de chaleur. Vous n'en avez encore pas... - rires - C'est dur à accepter, surtout quand ça vous réveille deux ou trois fois la nuit. On dit souvent qu'il faut être calme, qu'il faut se détendre, qu'il ne faut pas prendre ça euh... mais c'est dur, ouuuf... Il faut les gérer, mais moi, je n'arrive pas tellement. Très souvent, je n'arrive pas à me rendormir et je suis fatiguée quand il faut aller travailler le matin. Je deviens vite irritable et agressive (Marielle, pré-ménopausée, Suissesse, 50 ans, cadre)

La « théorie des dominos », dont parlait Dennerstein prend alors ici toute sa place : « si la femme ne peut pas dormir la nuit du fait des bouffées de chaleur (...), elle se plaindra des insomnies et de fatigue, qui peuvent entraîner irritabilité et nervosité » (1994 : 107).

En revanche, lorsqu'elles parlent des autres, plusieurs Suissesses (13) et Camerounaises (9) évoquent le manque de contrôle sur les émotions dès la ménopause, témoin de la force des représentations collectives. On les entend souvent dire : « la ménopause rend certaines femmes irritables » ou encore « il y a des femmes à qui la ménopause pose un problème psychologique, moi pas », ce qui renvoie à cette oscillation entre deux représentations contradictoires dont parlait Delanoë (2006) : la représentation dominante s'impose malgré une expérience personnelle différente.

Si ces troubles émotionnels que l'on pourrait qualifier de mineurs restent prégnants dans les discours des femmes, il n'en est pas de même de la dépression qui n'est que rarement évoquée. Les Camerounaises n'en parlent pas du tout. Non seulement elles n'en font pas l'expérience, mais aussi elles ne parlent pas de femmes qui, autour d'elles, seraient devenues dépressives à la ménopause, ce qui peut s'interpréter non seulement par l'absence de diffusion des connaissances médicales sur la dépression au Cameroun, mais aussi par le fait que pour ces femmes, la ménopause est dénuée de cette dimension pathologique. Quant aux Suissesses, elles sont une minorité à penser que la ménopause peut rendre dépressive, même si elles décrivent une expérience personnelle différente. Parmi les Suissesses interviewées, Berthe, est la seule qui décrit une expérience dépressive qui lui est propre. Elle ne l'associe cependant pas uniquement à l'arrêt des règles, mais aussi à d'autres événements difficiles de sa trajectoire de vie, apparus simultanément :

Moi avant d'être ménopausée, je m'imaginai que ça allait se passer très facilement. J'étais bien dans ma tête, je me suis dit il y aura autre chose et tout finalement il y a eu pas mal d'ennuis. C'est-à-dire que le médecin, il me dit on va arrêter la pilule pendant six mois et après on va faire le test. Puis après, il me dit mais madame vous êtes ménopausée. Donc je n'ai pas eu le temps de me préparer. Après ça, j'ai ma maman qui est décédée d'un cancer du sein et le médecin m'a dit qu'il ne pouvait pas me donner les hormones. Après, j'ai commencé à souffrir des bouffées de chaleur, des insomnies, je ne dormais plus la nuit, je me réveillais en sueur. Toute la journée j'étais en sueur. Je n'étais pas bien du tout. Après, il y a eu le 11 septembre. J'ai quand même été choquée par ce qui est arrivé à toutes ces personnes. Finalement en octobre 2001, Swissair qui a fait faillite et puis un dimanche je n'arrivais plus à me lever. J'ai dit à mon mari, je fais une dépression. Et puis j'ai été chez le médecin qui m'a dit que je faisais vraiment une dépression et m'a donné un anti-dépresseur. C'est vraiment le 11 septembre qui m'a beaucoup marquée et qui a été le facteur déclencheur de cette dépression. (Berthe, Suissesse, 59 ans, FFNE)

Au cours des « consultations de ménopause », les femmes parlent aussi des troubles émotionnels, particulièrement des sautes d'humeur, de l'irritabilité et de la nervosité. Toutefois, pendant toute la durée de l'observation, aucune femme ne s'est plainte explicitement d'être devenue dépressive dès l'arrêt des règles. En

revanche du côté des professionnels de la santé, il est plus courant d'attribuer certaines de ces attitudes citées ci-dessous à l'arrêt des règles :

Madame Y est venue pour un bilan gynécologique. Au cours de la consultation, elle commence à décrire une situation difficile dans laquelle elle se trouve. Madame Y est âgée de 59 ans. Elle est Roumaine et a une fille et trois petits-enfants. La fille est « bipolaire » (maniaco-dépressive) et séparée de son conjoint. De ce fait, elle est venue, avec ses trois enfants (âgés de moins de 10 ans), habiter chez elle, dans un appartement de deux pièces et demi. Madame Y se plaint d'être fatiguée. Elle dort très peu et doit s'occuper des enfants, les amener dans leurs activités scolaires et extrascolaires. Elle s'exclame ainsi : « ce qui me bouffe, c'est surtout ces trois enfants, parce que leur mère ne s'en occupe pas. Je n'ai plus assez de force pour ça ». Sa fille est désormais inscrite à l'Assurance Invalidité, mais elle n'a pas encore réussi à trouver un appartement. La mère à bout de nerfs se met à pleurer. Aussitôt, les professionnels présents commencent à la consoler. Fait surprenant, le débordement d'émotion de Madame Y est attribué à la ménopause : « vous avez une dépression réactionnelle. C'est la ménopause qui fait ça. Vous savez la femme devient fragile à ce moment-là, à cause des hormones qui s'arrêtent. C'est parfaitement compréhensible. Et ne vous faites pas de souci, vous n'êtes pas la seule qui se sente comme ça à cette période ». A la fin de la consultation, Madame Y a été invitée à consulter un psychologue ou son médecin traitant en vue de recevoir une thérapie adaptée pour sa dépression.

L'expérience de Madame Y a complètement été décontextualisée : le lien entre la situation sociale précaire dans laquelle elle se trouve et son « débordement émotionnel » a été complètement écarté. Les aspects contextuels ont été évacués au profit d'une interprétation strictement biologique et médicale, liée à la carence hormonale. La ménopause, est devenue l'élément déterminant de ce dont souffre Madame Y, mais aussi la justification de cette thérapie à mettre en route. Bien que ces situations n'aient pas été très fréquentes pendant la durée de

l'observation à l'hôpital H, le cas de Madame Y montre à quel point la médicalisation des problèmes sociaux, de plus en plus poussée, permet de faire porter aux événements physiologiques le poids des solutions qui devraient être du ressort du social (Fondation Louis-Jeantet de Médecine 2001).

#### **I.4. MÉNOPAUSE ET SEXUALITÉ**

Des encyclopédies médiévales aux recueils de la Renaissance, on constate que la sexualité a longtemps été soumise à des répressions en Occident. Réglementée par les autorités civiles et religieuses, la sexualité était autorisée dans le seul cadre du mariage et admise dans l'unique but de la procréation (Grieco 1991 ; Knibiehler 2002). Au fil du temps, cette conception de la sexualité s'est profondément modifiée, atteignant son apogée autour des années soixante et septante : « Les lois qui, sous condition, libéralisent la contraception et dépénalisent l'avortement instituent une nouvelle liberté, une liberté sexuelle sans limite ni contrainte (...) Elle épanouit la jouissance. Chacun, chacune peut vivre sa sexualité au grand jour, affirmer son droit au désir et au plaisir. L'hédonisme devient, pour un temps, la loi générale » (Knibiehler 2002 : 235). Ce nouveau modèle de la sexualité qui s'est progressivement mis en place est revendiqué autant par les hommes que par les femmes. Tous et toutes aspirent au plaisir sexuel, les uns et les autres se communiquent mutuellement leurs attentes et contribuent à la diffusion de ce modèle qui s'observe dans la plupart des pays occidentaux, dont la Suisse. Non seulement l'hédonisme s'est affirmé, mais la vie sexuelle est désormais prolongée aux âges avancés de sorte que la ménopause ne marque plus forcément la fin de la sexualité (Delbès et Gaymu 1997 ; Bajos et Bozon 2011).

Aujourd'hui, au Cameroun, cette évolution de la sexualité se vit aussi, particulièrement dans les milieux urbains, avec la légitimité d'une liberté sexuelle hors mariage et la modification du calendrier de la vie sexuelle impliquant la baisse

de l'âge du premier rapport et la prolongation de la vie sexuelle au-delà de cinquante ans (Mbarga 2001, 2005). La dimension hédoniste de la sexualité s'observe donc aussi. Cependant, la manière d'exprimer ou de symboliser le contenu sexuel se décline différemment. Les uns et les autres communiquent rarement leurs attentes intimes. Les manifestations de tendresse, sur la place publique, tels qu'on les observe en Suisse sont assez rares, surtout chez les générations anciennes. C'est plutôt par de nombreux cadeaux que les hommes et les femmes témoignent de leurs sentiments ou par un soutien financier (des hommes pour les femmes). Selon la morale populaire, il est communément admis que le rapport sexuel doit être initié par l'homme et il paraît inconvenable pour une femme de prendre l'initiative. Ainsi, les femmes n'osent que rarement aborder des questions relatives à la sexualité avec leur partenaire ou exprimer leur satisfaction de même que leur frustration, de peur que celui-ci n'éprouve des doutes sur leur moralité. Mais, si la société les conditionne à rester discrètes sur leur vie sexuelle, si leurs paroles sont généralement peu accessibles, cela ne signifie pas qu'elles ne ressentent ni plaisir ni désir (Tchack 1999). En effet, à Yaoundé, la notion de jouissance est loin d'être exclue du vécu des femmes, mais elle n'a pas forcément ôté l'antique devoir conjugal. Autrement dit, si elles s'autorisent des relations sexuelles satisfaisantes, cela ne sous-entend pas que celles-ci soient toujours consenties, comme nous le verrons dans la suite du travail.

Interrogées sur l'association entre l'arrêt des règles et celui de la sexualité, la quasi-totalité des femmes, Suissesses et Camerounaises confondues, réfutent l'idée que la ménopause sonne le glas de la sexualité, même s'il y en a pour qui elle devient problématique. Tout comme elles réfutent l'idée de la fin de la sexualité et de la vie amoureuse, la quasi-totalité des Suissesses et des Camerounaises estime que l'arrêt des règles n'enterre pas la séduction. Elles affirment qu'elles se sentent encore séduisantes et qu'il n'y a pas d'âge pour plaire. Le code de la séduction a, toutefois, changé de registre : il ne s'agit plus de se mettre en minijupe ou en décolleté comme l'ont affirmé certaines interlocutrices, mais de s'habiller et de se maquiller

de manière plus discrète. La séduction se fait désormais à travers un code vestimentaire strict qui doit éviter la moindre allusion à la sexualité (Delanoë 2006).

La sexualité ayant été médicalisée, plusieurs Suissesses affirment qu'elles abordent souvent les questions relatives à leur vie sexuelle avec leur gynécologue, lorsque celle-ci semble affectée. Au cours des consultations observées, les questions liées à la sexualité ont toujours été évoquées : soit elles sont introduites par le gynécologue, soit par la femme elle-même lorsque celle-ci éprouve des difficultés et qu'elle voudrait les résorber. Lorsque leur vie sexuelle n'a subi aucune modification, les femmes ne l'abordent pas spontanément et n'en parlent que si le gynécologue leur pose des questions précises à ce sujet.

L'analyse des entretiens révèle que la ménopause affecte la sexualité, mais pas toujours. Plusieurs cas de figure, faisant état d'une variation ou non de la sexualité se présentent alors.

#### ***1.4.1. Une sexualité problématique***

Pour les six Camerounaises et les quatre Suissesses qui n'ont pas de partenaires et vivent seule, continuer d'avoir une vie sexuelle semble problématique, non pas parce que le désir est absent, mais parce que son actualisation ou sa satisfaction semblent complexes et difficiles à réaliser. L'absence ou l'insuffisance de désir sexuel n'en sont pas la cause. Ces femmes évoquent, plutôt, comme principal motif, la difficulté à trouver un compagnon à leur âge. Beaucoup disent souffrir de cette solitude, de cette absence de partenaire. Mais, une minorité souligne aussi la difficulté à envisager une relation avec un nouveau compagnon, qu'elles auraient de la peine à gérer :

Quelques fois, j'ai quand même le désir mais comme je suis seule... mais j'ai aussi peur. Maintenant quand je vois un homme qui se présente, je me dis que celui-là il veut seulement me tuer ou quoi ? J'ai déjà le corps un peu autrement

et ça m'effraie de devoir me mettre avec quelqu'un. (Marie-Dominique, pré-ménopausée, Camerounaise, 45 ans, employée)

Parmi les femmes qui vivent en couple ou qui ont un compagnon, huit Suissesses et neuf Camerounaises relatent des modifications de la sexualité, allant plutôt dans le sens d'une diminution de la libido, de la fréquence et de la qualité des rapports. Cette baisse d'ardeur est souvent attribuée à la ménopause, mais pas toujours.

Certaines femmes parlent d'une sexualité qui devient problématique parce qu'elle semble moins satisfaisante. La sécheresse vaginale que plusieurs femmes rapportent en est la cause première. Elle affecte la qualité des rapports sexuels, les rend désagréables ou douloureux et modifie la sensation :

Je crois qu'il faut que je vois le gynéco, parce qu'il y a quand même un peu de sécheresse vaginale. Il y a quand même quelque chose qui change. Il y a la sensation qui change parce qu'avec cette sécheresse, c'est comme une espèce d'inconfort ... mais on a quand même encore le même rythme parce que c'est encore trop récent. Mais c'est pas la même chose, il y a quand même un petit changement. Je ne ressens pas tout à fait la même chose (Madeleine, pré-ménopausée, Suissesse, 52 ans, employée)

Je suis devenue plus sèche. Donc, pendant les rapports, c'est un peu difficile et même désagréable. Souvent même, c'est quand même douloureux. Donc, j'ai plutôt tendance à réduire la régularité de mes rapports. (Huguette, Camerounaise, 56 ans, femme au foyer)

Face à cette situation, l'attitude des femmes est différente. Certaines femmes abdiquent. D'autres, comme Jeannette ou comme Huguette citée précédemment continuent d'avoir une vie sexuelle active, malgré les désagréments :

Je trouve que j'ai une baisse de la libido. Ce n'est vraiment plus comme avant. Mais, la fréquence n'a pas trop changé, j'ai pas voulu arrêter. On continue quand même parce que l'appétit vient en mangeant. (Jeannette, Suissesse, 54 ans, femme au foyer)

D'autres encore se détournent de cette sexualité charnelle pour s'orienter vers une sexualité non pénétrative qui se réfère à « toute pratique sexuelle incluant une

excitation des parties génitales sans pénétration du vagin ou de l'anus » (Andro et Bajos 2008 : 299). Mais, ce revirement s'observe spécifiquement chez les Suissesses et s'exprime très peu, voire pas du tout chez les Camerounaises. Cela s'explique probablement par le fait qu'au Cameroun, comme ailleurs, c'est la sexualité hétérosexuelle et pénétrative qui constitue la norme. Si les pratiques sexuelles non pénétratives ont tendance à se répandre aujourd'hui, elles s'observent particulièrement chez les jeunes générations qui commencent à les expérimenter. Par contre, en Suisse comme dans d'autres sociétés occidentales, la sexualité sans pénétration bénéficie d'une très large diffusion autant chez les jeunes que chez les personnes de plus de cinquante ans. Chez ces dernières précisément, en France, la proportion des personnes pratiquant une sexualité orale est passée de deux sur cinq en 1970 à près de neuf sur 10 en 2006 (Bajos et Bozon 2011). Dans une étude antérieure, Andro et Bajos (2008) montrent que les pratiques sexuelles non pénétratives occupent une place importante dans le répertoire sexuel des hommes et des femmes de France. Les pratiques retenues sont le cunnilingus et la fellation, mais, celles-ci sont plus répandues chez des hommes et des femmes ayant déjà une sexualité active et diversifiée, car elles sont le plus souvent considérées comme étant des préliminaires. Elles ne semblent donc pas être des palliatifs de la sexualité avec pénétration. En revanche, chez mes interlocutrices suissesses qui se détournent de la sexualité avec pénétration, les pratiques bucco-génitales ou les caresses mutuelles semblent bien être des pratiques de substitution à une sexualité pénétrative désormais désagréable ou non satisfaisante.

D'autres femmes expriment une baisse ou une perte du désir sexuel. Cette baisse de la libido influe aussi sur la fréquence et la régularité des rapports sexuels chez une partie des interlocutrices :

On n'est plus sensible : on « perd le goût » j'espère que tu comprends ; on perd beaucoup la chose. Pour moi, la ménopause n'est pas quand même pas bien. Avec les règles, on vivait comme les jeunes aussi. Mais la ménopause supprime tout. Même si tu avais ton mari, après vous êtes comme ça, vous

vous dites seulement « chéri, chéri » c'est tout. (Mariane, Camerounaise, 65 ans, travailleuse indépendante)

*Comment ça se passe avec votre mari ?* Moi, je n'ai plus envie. Quelques fois, ça vient, mais c'est rare. Donc les rapports-là, moi, j'ai même envie d'arrêter ça. (Florence, Camerounaise, 65 ans, employée retraitée)

La ménopause, ce n'est pas que l'arrêt de la fécondité et des règles, mais aussi la vie sexuelle et tout. C'est au ralenti. Maintenant, je constate que j'ai quand même une baisse de la libido et ça a un peu affecté nos rapports. Ça a tendance à diminuer. (Sonia, Suisse, 59 ans, cadre)

Moi je trouvais qu'avec les règles on avait la libido qui était euh... les rapports étaient réguliers alors que quand la ménopause arrive, tout change. Maintenant ben tout d'un coup ah oui, tiens ça existe encore. On oublie ce que c'est. (Martha, Suisse, 54 ans, FFNE)

S'il est vrai que toutes les femmes qui viennent d'être citées attribuent les changements observés sur le plan sexuel à la ménopause, il n'en demeure pas moins que la suite de certains entretiens révèle souvent que les modifications sexuelles dont parlent les femmes ont tout aussi un « substrat organique » (Winaver 1990). Autrement dit, la ménopause est le révélateur d'une vie sexuelle non satisfaisante, mais qui n'est pas uniquement le fait d'un déficit hormonal, comme cela a pu être constaté au cours de l'entretien avec Martha. Chez elle, même s'ils coïncident avec l'arrêt des règles, les changements constatés prennent aussi leur origine dans une vie de couple en profonde crise :

*Que pense votre mari de cette situation ?* Nous, on n'en parle pas beaucoup.

*Pourquoi ?* Son travail le fatigue

*Lui avez-vous dit que vous étiez déjà à la ménopause ?* Oui, mais il n'a rien dit.

*Trouvez-vous qu'il y a des changements dans votre vie de couple ?* Oui, moi je trouve qu'on s'est beaucoup éloigné, mais je ne sais pas si c'est à cause de ça, mais c'est tombé en même temps.

*Depuis combien de temps avez-vous cette impression ?* À peu près une année et demie. On essaie de parler mais c'est pas évident. Je ne veux pas entrer dans mes histoires, mais... on a eu des moments très chou, mais là... il y a eu plein de choses et on ne s'est pas parlé. Il m'en voulait de certaines choses et maintenant il faut qu'il me pardonne si non euh... Il y a un manque de dialogue et des fois tu te dis, on en est là... il faut se donner du temps, mais le travail l'absorbe. Il n'a pas de l'énergie pour autre chose que son travail, alors... c'est difficile. Comme la retraite n'est pas demain mais dans quelques années. Et des fois je me dis que c'est un peu ma faute, j'aurais peut-être dû m'énerver

plus vite ... c'est un manque de compréhension. (Martha, Suisse, 54 ans, FFNE)

À la différence de Martha, d'autres Suissesses qui rapportent une variation de la sexualité admettent que celle-ci n'est pas directement liée à la ménopause :

Je crois qu'avec des années, il y a quand même une baisse, mais ça c'est pas la ménopause, c'est l'âge. Et ça baisse d'ailleurs pour les deux (Anaïs, Suisse, 61 ans, FFNE)

*Comment ça se passe sur le plan sexuel ?* La sexualité, j'en ai point maintenant

*Depuis combien de temps ?* Deux ans

*Qu'en pense votre mari ?* Il n'en parle pas

*Il ne demande rien ?* Non

*Comment vous expliquez cette situation ?* C'est difficile. Pourtant, avec le traitement hormonal, j'ai quand même ma libido au beau fixe. Mais, vous savez, c'est pas évident de vieillir avec la même personne. C'est l'habitude, la routine. (Joëlle, Suisse, 59 ans, travailleuse indépendante)

Je dirai que c'est plutôt question d'âge et pas parce que je suis ménopausée. C'est régulier mais moins fréquent que quand on était jeune, une, deux fois la semaine maintenant. Et je dirai que c'est plus de son côté que du mien. Il a beaucoup de travail parce que sa banque et une autre ont fusionné. Et, il rentre fatigué. Déjà le soir à 8h30 il dort donc... (Berthe, Suisse, 59 ans, FFNE)

Comme le révèlent ces extraits d'entretien, la diminution de la fréquence des rapports sexuels peut être liée à d'autres facteurs autre que l'arrêt des règles en l'occurrence, l'usure du couple, l'usure du corps ou les défaillances physiologiques (pour les deux conjoints), une forte implication du conjoint dans l'activité professionnelle.

#### **1.4.2. Une sexualité sans grand changement**

Certaines Suissesses (4) et Camerounaises (2) témoignent d'une vie sexuelle qui est restée constante. Elles rapportent que la ménopause n'a pas introduit de changement dans leur vie sexuelle et affirment qu'elles n'ont, jusque-là, pas fait l'expérience de la sécheresse vaginale, souvent citée par les précédentes :

Je n'ai pas de changement à ce niveau-là. C'est toujours comme avant (Christine, Suisse, 54 ans, cadre)

*Avez-vous des changements dans votre vie de couple ?* Non, pour l'instant tout va bien. J'ai entendu parler de la sécheresse vaginale. Ça me préoccupe un peu, mais pour l'instant tout va bien. Il n'y a pas de différence. (Roberta, pré-ménopausée, Camerounaise, 48 ans, cadre)

Ce qui fait peur c'est que ça ne marche plus pendant les rapports sexuels. Mais pour l'instant tout va bien. Je n'ai pas de sécheresse vaginale.  
*Et au niveau de la sensation et du désir ?* Je n'ai pas constaté de différence. (Alexia, Camerounaise, 58 ans, cadre)

Carine et Clémentine, Suissesses, toutes les deux mariées, témoignent d'une vie de couple où la sexualité avait déjà peu de place. La ménopause n'y a donc pas introduit de changement particulier :

J'ai de la sécheresse vaginale, donc j'utilise des crèmes lubrifiantes.  
*Est-ce que ça a plutôt réduit la fréquence de vos rapports ?* Ben pas plus que normalement.  
*C'est-à-dire ?* Il n'y a pas eu une cassure particulière. Il faut dire que dans notre couple ça a toujours été relativement espacé. (Carine, Suisse, 58 ans, cadre)

Moi, je n'ai jamais été une grande... axée sur le sexe non... maintenant c'est peut-être une ou deux fois la semaine. Ça dépend si on est fatigué ou pas. Mais, disons que ce n'est pas très différent de ce qui se passait avant.  
*Et au niveau de la sensation ?* C'est pareil (Clémentine, Suisse, 66 ans, cadre retraitée)

### ***1.4.3. Une sexualité épanouissante et libérée de toute contrainte***

Si certaines femmes témoignent d'une variation de la sexualité, allant dans le sens d'une baisse d'ardeur, d'une diminution de la régularité et de la qualité des rapports sexuels, il convient de dire que cette situation n'est pas l'apanage de toutes les femmes. Il arrive, en effet, que certaines femmes décrivent une sexualité très épanouissante à la post-ménopause. Elles rapportent une grande satisfaction dans leurs rapports sexuels avec leur partenaire et une sexualité meilleure depuis

qu'elles sont ménopausées. Parmi ces femmes, on trouve trois Suissesses et deux Camerounaises.

Lara, Suissesse, décrit cette sexualité charnelle qui occupe plus de place dans le couple et qui semble plus satisfaisante que jamais. Elle n'envisage d'ailleurs pas de transformation dans un futur proche :

Je ne sais pas si j'ai une chance, mais je n'ai pas de sécheresse vaginale. Il faut dire que j'ai rencontré mon ami il y a quatre ans, juste deux ans après ma ménopause. C'est une relation très forte sexuellement. Je dirais même que c'est la plus pleine que j'ai eue. Je me dis quand même que cette histoire de ménopause joue un rôle parce qu'on est plus libre. On n'a plus de souci à se faire. Moi, j'ai passé le temps à changer de contraceptifs avant d'en trouver un qui me convienne plus ou moins. Avec la ménopause, on n'a plus de question à se poser et on se laisse vraiment aller. (Lara, Suissesse, 62 ans, cadre)

Carmen parle aussi d'une sexualité qui est plus fréquente, plus régulière et qui n'est plus interrompue par la période menstruelle. Les enfants étant partis de la maison, les partenaires disposent de plus de temps pour se consacrer l'un à l'autre. Elle décrit alors une sexualité, plus épanouie, affranchie de plusieurs contraintes :

C'est la liberté totale au niveau de la relation intime du couple, les règles ne sont plus là pour marquer la coupure. Et puis, les enfants sont partis. On a l'espace pour nous, plus de liberté qu'on n'en a jamais eue.  
*Avez-vous la sécheresse vaginale ?* Oui.  
*Comment la gérez-vous ?* Très bien. J'en ai parlé avec mon mari (gynécologue) et puis il m'a donné une crème que je mets pour éviter les désagréments ou la douleur. (Carmen, Suissesse, 56.5 ans, travailleuse indépendante)

Du côté des Camerounaises, elles affirment qu'elles se sentent libérées de toutes les tensions antérieures, notamment la crainte d'une grossesse non désirée, surtout pour celles qui n'ont pas usé de méthodes de contraception biomédicales :

Nous, on a gardé le même rythme. Je n'ai pas de sécheresse vaginale et ma libido a plutôt augmenté depuis que je n'ai plus ces règles. On n'est quand même plus libre, plus besoin de craindre une grossesse par accident. Je ne peux que m'en réjouir

*Est-il important de maintenir la sexualité après la ménopause ? Mais puisqu'on mange après la ménopause. Mais c'est la nourriture aussi non ? Quand on a son désir sexuel, il n'y a rien de plus normal. (Frieda, Camerounaise, 53 ans, cadre)*

Quand la ménopause est déjà installée je crois qu'on se sent plus libre parce qu'on n'a plus la crainte de devoir tomber enceinte, d'avoir un enfant qui n'est pas désiré. S'il faut faire l'amour, on n'est plus à l'aise, plus de calculs à faire. Tu fais ce que tu veux quand tu le veux et tu peux enfin prendre le temps d'apprécier. (Ludivine, Camerounaise, 50 ans, employée)

Mais, l'épanouissement de la sexualité à la ménopause n'est pas valable pour toutes les femmes. Il arrive que certaines veuillent s'en passer, sans pour autant y parvenir, parce qu'elles y sont contraintes.

#### ***1.4.4. Une sexualité maintenue sous contrainte***

Cette situation est moins fréquente en Suisse qu'au Cameroun. En effet, aucune Suisseuse n'affirme avoir été contrainte d'avoir une vie sexuelle régulière. Toutefois, l'analyse des entretiens révèle des situations qu'il serait possible d'assimiler à la contrainte.

Ce pourrait être le cas de Madeleine, pré-ménopausée, secrétaire médicale et en couple avec un infirmier. Elle n'a pas eu d'enfant, par choix, mais principalement parce que son compagnon ne voulait pas en avoir. Elle affirme au cours de l'entretien : « il fallait que je choisisse : soit, rester avec lui et accepter de ne pas avoir d'enfant, soit alors, me séparer de lui et espérer avoir des enfants avec quelqu'un d'autre. J'ai pensé qu'il était la bonne personne, donc j'ai accepté de rester avec lui ». Et dans la suite de l'entretien, on peut encore lire ceci :

*Avez-vous parlé de la ménopause avec votre conjoint ? Oui.*

*Qu'en pense-t-il ? Il est tout content.*

*Pourquoi ? Parce que pendant les règles, il n'y avait pas de rapports, donc lui c'est vrai qu'il est assez demandeur... donc ça faisait trois, quatre jours par mois. Moi ça m'allait bien. C'étaient trois, quatre jours où je pouvais dire non euh, j'ai mes règles. Maintenant, je n'ai plus tellement cette possibilité.*

*Vous ne pourriez pas simplement dire non ? Ça m'arrive, mais souvent, je fais quand même un effort. (Madeleine, pré-ménopausée, Suisse, 52 ans, employée)*

Ce pourrait aussi être le cas de Marie-Josée, post-ménopausée, femme au foyer et mariée à un enseignant. Sur les questions relatives à la vie sexuelle, elle affirme que la fréquence des rapports sexuels avec son conjoint est devenue plus régulière depuis l'arrêt des règles, non seulement parce qu'il n'y a plus d'interruption pendant la période menstruelle, mais aussi parce que son mari est « un chaud lapin ».

L'augmentation de la fréquence des rapports sexuels après la ménopause, chez ces deux femmes, est moins due à l'accroissement de leur désir qu'à l'intériorisation de la libido prononcée du conjoint et à la soumission à ce désir. Elle indique la pratique d'une sorte de devoir conjugal très présente chez ces deux femmes et une impossibilité pour elles d'agir sur la demande de leur partenaire. Même s'il est difficile d'en établir les motifs, ces deux situations révèlent l'existence de rapports sexuels pas toujours consensuels au sein d'unions consensuelles. Cependant, ceux-ci semblent moins fréquents que chez les Camerounaises, grâce à l'autonomie et à l'amélioration du statut social que connaissent, depuis plusieurs décennies, les Suissesses, au même titre que d'autres femmes européennes.

En effet, grâce à la montée du féminisme, la Suisse comme d'autres sociétés occidentales a connu d'importants bouleversements dans les rapports sociaux de sexe. La situation sociale des femmes s'est donc considérablement améliorée, même s'il persiste des inégalités et que la domination physique ou symbolique est toujours présente. Au sein du couple, les règles de la vie conjugale se sont modifiées : l'évidence des rôles et des positions tend à disparaître pour laisser davantage de place à la négociation entre les conjoints, à la valorisation de l'autonomie de chacun (De Singly 1993). L'antique morale du devoir, du sacrifice et du dévouement qui était surtout destinée aux femmes lorsqu'elles se mariaient est

désormais discrédité au nom du droit au bonheur (Bozon 1988). Comme le montrent Bajos et Bozon (2011), si dans les années 70 les rapports sexuels se produisaient massivement quand les hommes le voulaient, aujourd'hui, ils s'inscrivent dans un contexte où l'envie mutuelle des partenaires prédomine, ce qui traduit à la fois le développement de l'individualisme et de la réciprocité entre partenaires. Ainsi, si elle n'a pas complètement disparu, l'expérience d'avoir des rapports sexuels pour faire plaisir à son partenaire sans en avoir envie soi-même est aussi en nette diminution, passant pour les femmes de 30% en 1970 à 10% en 2006 (Bajos et Bozon 2011). Par ailleurs, l'arrivée massive des femmes sur le marché du travail les rend moins dépendantes financièrement. Et même lorsqu'elles n'ont pas de source de revenus, la Sécurité Sociale peut leur offrir une aide financière leur permettant de subvenir aux besoins vitaux. Par ailleurs, il est plus tolérable aux yeux de la société que l'un des conjoints soit abandonné plutôt que l'autre soit emprisonné dans une union dont il ne veut pas. Grâce à leur indépendance économique et à l'autonomie de plus en plus acquise dans la vie sociale, les femmes supportent moins les comportements masculins qui sont une entrave à leur épanouissement personnel. Par ailleurs les contraintes sexuelles, comprenant tous les actes subis ou accomplis sans consentement, sont formellement interdites et condamnables par le Code pénal suisse, y compris dans le cadre conjugal, cela contribue probablement à leur diminution.

Les Camerounaises sont plus nombreuses à exprimer les contraintes vis-à-vis de la vie conjugale de manière explicite. Plus de la moitié des femmes qui vivent en couple avouent qu'elles continuent d'avoir des rapports sexuels sous contrainte. Cette situation témoigne fortement du statut de « dominé » qu'occupe les femmes dans la société. Toutes les interlocutrices concernées rapportent qu'elles ont une baisse de désir ou de la sécheresse vaginale, responsable de la dyspareunie (douleurs pendant les rapports sexuels), depuis qu'elles sont post-ménopausées. Elles souhaiteraient renoncer à toute activité sexuelle, mais souvent, elles ne peuvent se soustraire au devoir conjugal. Il s'agit surtout de femmes de classes

populaires ou moyennes, car chez les femmes occupant des postes de cadres, qui leur offrent une plus grande indépendance financière, s'exprime plutôt une autonomie vis-à-vis des partenaires. La contrainte de prolonger une vie sexuelle non épanouissante ou satisfaisante se justifie par de nombreuses raisons : dépendance économique vis-à-vis du conjoint, crainte de perdre le conjoint et absence d'un Etat social pouvant leur garantir une indépendance économique, volonté de garder le contrôle sur les biens du ménage, maintenir l'harmonie au sein du foyer, préserver l'équilibre affectif des enfants ou encore conserver le prestige et le statut acquis au sein du mariage :

Moi, j'ai des douleurs pendant les rapports sexuels, parce que je suis sèche et je n'ai vraiment plus envie.

*Qu'en pense votre mari ?* Si tu lui dis que tu as mal est-ce qu'il va comprendre ? Tu dois seulement le satisfaire, si non il part dehors. Et moi, je ne travaille pas. Je vais faire comment pour vivre ? (Lucie, Camerounaise, 58 ans, femme au foyer)

J'ai quand même des problèmes depuis que j'ai cette ménopause.

*Quel genre de problèmes ?* Je n'ai plus envie d'aller avec mon mari. *Avez-vous la sécheresse vaginale ?* Non. C'est seulement que je n'ai plus envie

*Et comment il le prend ?* Ça ne va pas. Il ne me comprend pas. Lui, il veut même trois ou quatre fois par semaine et moi je ne supporte pas, je ne veux pas.

*Avez-vous essayé de lui expliquer ce qui se passe dans votre corps ?* Il ne veut pas m'écouter. Quand je lui explique et que je lui dis même que j'ai mal, il dit que c'est parce que j'ai quelqu'un d'autre dehors et que je ne lui dis pas la vérité. Donc ça ne va vraiment pas dans notre couple. Souvent je suis obligée.

*Craignez-vous qu'il vous délaisse pour une autre ?* Il ne peut plus partir. Il n'a plus d'argent. C'est seulement que quelques fois, j'ai marre de toutes ces disputes et j'accepte même si j'ai mal. Je souffre le martyr. Je vais faire comment avec les enfants. (Theresa, Camerounaise, 50 ans, employée)

Aller avec les hommes par exemple, je n'ai plus trop envie. Moi, je ne mets plus le cœur là-bas.

*Et comment réagit votre mari ?* Mais lui-même il est déjà fatigué, mais il veut quand même de temps en temps et ils veulent qu'on soit pareil. Donc, je suis souvent obligée, quelques fois (Florence, Camerounaise, 65 ans, employée retraitée)

Ces extraits d'entretien s'inscrivent dans un contexte social et matrimonial qui est particulier. Tout commence par la tension entre les deux sexes, à travers une dialectique qui couvre toute l'économie, dans la société camerounaise précoloniale. La domination de l'homme sur la femme s'affirme dans tous les domaines. Mais, l'« objectivation » (Laburthe-Tolra 2009) de la femme se ressent particulièrement sur le plan conjugal ou sexuel. La morale sexuelle implique « la soumission de la femme à l'homme – à un homme unique : mais non l'inverse : l'homme au contraire ne doit pas se satisfaire d'une seule femme, il doit viser à en accumuler le plus grand nombre possible, dont il demeurera le maître incontesté, ce qui suppose qu'il maîtrise ses sentiments à leur égard » (Laburthe-Tolra 2009 : 384). La polygynie, forme masculine de la polygamie, qui consiste, pour un homme, à contacter officiellement des mariages valides avec plus d'une femme, était alors très courante. Elle pouvait être mononucléaire (toutes les femmes habitent la même maison) ou polynucléaire (les femmes habitent chacune leur maison). Cette dernière était « surtout l'apanage des hommes nantis ayant les moyens d'entretenir autant de foyers dispersés qu'ils ont d'épouses légitimes (Abega 2007 : 155).

Peu à peu, la polygamie a commencé à disparaître pour laisser place à la monogamie. Celle-ci est devenue la forme d'union la plus fréquente et la plus recherchée par les individus de tous âges. La montée du christianisme et la crise économique pourraient être, en partie, à l'origine de cette évolution. (Abega 2007).

Toutefois, la monogamie ne constitue nullement une entrave à la liberté sexuelle du « sexe fort ». Ainsi, en pratique, on constate que beaucoup d'hommes sont monogames de droit, mais polygames de fait (Abega 2007). Autrement dit, la monogamie cède plus ou moins la place à une sorte de polygynie informelle qui prend forme notamment avec le phénomène de « deuxième bureau ». Il s'agit d'une forme de polygynie polynucléaire ou précisément binucléaire officieuse. L'homme, marié à une épouse légitime exerce chez une autre femme, avec qui il n'est pas marié, le même contrôle que chez son épouse légitime. Cette dernière,

officiuse, est alors appelée « deuxième bureau ». Celui-ci peut être considéré comme « une roue de secours pour un mâle généralement monogame, qui ne veut pas avoir de partenaires multiples pour des raisons toutes aussi multiples (monogamie par contrainte sociale, allègement de prestations vis-à-vis d'une belle famille qui n'en n'est pas vraiment une ...) » (Abega 2007 : 158)

Ce phénomène est plus répandu dans les milieux urbains du pays, comme le montre Abega (2007). Mais, au-delà même du phénomène de « deuxième bureau », les hommes, mariés ou non, se caractérisent souvent par une infidélité notoire à travers d'autres types de relations ponctuelles (Abega 2007). L'infidélité semble alors une réalité présente chez nombre de couples de Yaoundé où plusieurs interlocutrices l'ont rapportée :

Il y a souvent eu des petites tentations (comprendre infidélités) dans notre couple, mais il est toujours revenu. Maintenant, il commence à se fatiguer, donc je ne me fais plus trop de soucis. (Frieda, Camerounaise, 53 ans, cadre)

Je lui avais dit que s'il part chercher le truc-là (comprendre le SIDA) et qu'il vient me donner ça ici, je ne vais pas mourir seule. Lui-même il va mourir avec moi. (Jocelyne, Camerounaise, 53 ans, employée)

Par crainte du « deuxième bureau » ou de l'infidélité du mari, plusieurs informatrices affirment qu'elles se sentent souvent obligées de continuer à entretenir une vie sexuelle régulière avec leur conjoint ou compagnon. À cause de défaillances physiques ou de la précarité de leurs ressources financières, certains hommes ne peuvent pas (plus) entretenir de « deuxième bureau ». Ils sont alors contraints de rester fidèles à leur épouse ou compagne. Mais, même si le « mari ne peut plus partir », certaines femmes se sentent obligées de maintenir leur activité sexuelle pour préserver l'harmonie au sein du foyer, comme c'est le cas de Lucie et de Florence. La volonté de maintenir l'équilibre affectif des enfants, qui pourraient être affectés par une éventuelle séparation de leurs parents, est aussi couramment évoquée comme l'a relevé Theresa dans l'extrait précédent.

Un autre motif peut se trouver au sein du caractère même du mariage. Dans la plupart des traditions camerounaises, le mariage est rarement rompu définitivement, du fait qu'il unit d'abord des communautés et non des individus. Cela ne veut pas dire qu'il soit toujours imposé. Beaucoup de couples se forment sur la base d'un consentement mutuel, mais la matérialisation formelle de leur union se fait en mettant en relation deux familles (au sens large) ou deux communautés de par de nombreux rituels : « frapper à la porte », « demander la main (de la fille) », apporter la dot (compensation matrimoniale apportée par la famille du mari à celle de la femme), mariage civil, mariage religieux<sup>50</sup>. Le divorce est le cas extrême de la séparation, mais il n'est pas aussi courant qu'en Occident. L'union, officielle ou non (concubinage, mariage à l'essai<sup>51</sup>), apparaît comme un gage de sécurité financière (pour celles qui n'ont pas de travail extra-domestique ou dont les revenus sont insuffisants pour leur survie) et psychologique (garante de sécurité face à la société) pour la femme. Le mariage apporte particulièrement du prestige à la femme, parce qu'il la range parmi les femmes respectables. Dès lors, les ruptures sont souvent vécues comme des drames parce qu'elles entraînent un changement de statut (Abega 2007). Pour cette raison, les femmes pourraient aussi se sentir obligées d'assumer une vie sexuelle dont elles voudraient se passer. Par ailleurs, il convient de souligner que l'infidélité du mari est communément comprise comme une façon pour celui-ci de combler les manques qu'il éprouve dans son foyer. Ainsi, non seulement la femme est victime de l'infidélité de son partenaire, mais aussi, elle est coupable, aux yeux de la société, de n'avoir pas été capable « d'entretenir » ou de satisfaire son conjoint. Dès lors, elle a le devoir d'adopter une

---

<sup>50</sup> Cet échelonnement correspond à ce qui se passe, encore aujourd'hui, chez les Beti. Abega (2007) décrit de manière explicite ces différentes étapes.

<sup>51</sup> Le mariage à l'essai est une forme d'union dans laquelle les deux partenaires espèrent aboutir au mariage si la cohabitation est concluante. L'homme et la femme se considèrent comme mariés et observent l'un vis-à-vis de l'autre et de sa famille les obligations et les attitudes requises aux mariés. Ils peuvent habiter ensemble sans que chacun d'eux ait présenté (officiellement) son partenaire à sa famille ou être déjà dans l'une des étapes de l'échelonnement du mariage (Abega 2007).

attitude accommodante qui consiste à « fermer les yeux » et à ne pas tenir rigueur au conjoint pour son infidélité.

Malgré l'émancipation de la femme que l'on ne cesse de clamer, l'objectivation dont les femmes étaient victimes dans la société ancienne n'a pas encore disparu et le credo de l'idéologie patriarcale est loin d'être obsolète (Préjean 1994). Dès lors, si mes interlocutrices camerounaises témoignent d'une certaine contrainte de maintenir l'activité sexuelle à l'arrêt des règles ou de la crainte de perdre leur partenaire à ce moment-là, il convient de souligner que même si elles sont plus prégnantes à la ménopause, ces situations ne sont pas complètement nouvelles. Le plus souvent, elles ont déjà été présentes bien avant l'arrêt des règles.

Qu'elle soit subtile, chez une minorité de Suissesses ou explicite, chez plusieurs Camerounaises, la contrainte d'avoir des rapports sexuels, présente chez ces femmes, témoigne bien de leur soumission au désir masculin. Elle met alors en évidence les rapports de pouvoir en termes de domination physique, de domination masculine (Bourdieu 1998), bien que celle-ci apparaisse de manière inégale et variable entre les Suissesses et les Camerounaises susmentionnées.

Que ce soit sur le plan physique, émotionnel, de l'apparence corporelle ou de la sexualité, les résultats de cette étude révèlent que le vécu subjectif de la ménopause, tout comme les représentations qui y sont associées, est pluriel et varie d'une femme à l'autre indépendamment du contexte, bien qu'on puisse relever des contrastes entre les femmes des deux contextes. Qu'en est-il de l'attitude face à cet événement ?

## **II. ATTITUDES DES FEMMES FACE À LA MÉNOPAUSE**

À la fin de chaque entretien, les femmes ont été invitées à donner leur avis relatif à cette période de leur vie. Il s'agissait alors de savoir si cette ultime étape du cycle reproductif féminin leur paraissait positive, négative ou neutre. À partir des réponses reçues et à la lumière des différentes dimensions (aspects biologiques et symboliques, conséquences de la ménopause) abordées tout au long de l'entretien, plusieurs façons de se positionner face à la ménopausées ont émergé.

### **II.1. UNE VARIABILITÉ D'ATTITUDES**

La variabilité d'expériences ménopausique relevée au sein de la population sollicitée pour cette étude ne facilite pas la mise en place d'une typologie de femmes ménopausées, comme dans l'étude de Delanoë (1998b, 2006). Elle oriente, cependant, vers quatre attitudes qui, comme dans l'étude de Delanoë, vont du positif au négatif en passant par deux attitudes intermédiaires que sont l'ambivalence et l'indifférence.

#### ***II.1.1. Une attitude positive***

Près de la moitié des Suissesses (9) affirme que la ménopause est une période positive. Elles le témoignent de diverses façons. L'arrêt des règles ou de la fécondité apparaît pour ces femmes comme un soulagement et n'est pas interprétée dans le sens d'une perte de « la valeur sociale » (Delanoë 2006). Et, bien que l'arrêt des règles n'exclut pas d'éprouver des désagréments, ces femmes diront que tout compte fait, c'est une transition qui peut amener des changements positifs comme l'illustrent Claudia et Anaïs. La ménopause peut, ainsi, être appréciée tel un épanouissement, voire l'aboutissement d'une vie bien accomplie :

C'est la fin des problèmes. Quand j'ai été stérilisée, mes règles ne servaient plus à rien et elles sont parties à 59 ans. J'attendais ça avec impatience et

quand c'est arrivé, j'ai été soulagée. Ma ménopause était la bienvenue. Le plaisir de ne plus être indisposée. Je me suis libérée de ça. Ça a vraiment été une libération pour moi. Du moment où j'étais stérilisée et que je ne pouvais plus avoir d'enfant, à quoi me servaient encore ces règles ? À rien du tout... J'ai beau me creuser la cervelle, mais je vous assure que je ne trouve pas d'aspect négatif à la ménopause. Pour moi, c'est quelque chose de totalement positif. Je comprends qu'il y ait des femmes qui se font du souci par rapport au fait qu'elles ne peuvent plus avoir des enfants, mais moi je ne vois pas la féminité là-dedans. (Claudia, Suisse, 61 ans, AI)

Je pense que c'est un tournant de la vie qui peut être magnifique. C'est l'accomplissement de ce qu'on aura essayé de faire dans notre vie de travail et de femme, c'est génial. Je trouve que c'est l'accomplissement d'une tranche de vie. C'est plutôt une étape qui est en relation avec plein d'autres choses. Oui parce que si on a fait ses enfants, que tout va bien avec les enfants, le couple si on n'a pas de maladie, c'est déjà très bien je crois. Moi je pense que chaque étape a été positive, malgré les troubles qu'on peut ressentir. (Anaïs, Suisse, 61 ans, FFNE)

Certaines Suissesses parlent de la ménopause comme d'une nouvelle adolescence, une période de maturité, de croissance personnelle et de renouvellement. Et comme l'adolescence, la ménopause est une étape inéluctable du cycle de vie féminin qui donne un signal à l'organisme dont il faut se rendre compte. L'arrêt des règles devient alors une période de remise en question, un moment de faire un « bilan ». La ménopause provoque un retour réflexif sur soi (Giddens 1994) dont l'issue semble productive et positive. Carine, n'a pas pu avoir d'enfants, mais elle affirme qu'elle n'a pas voulu en faire un drame et qu'elle a fini par l'accepter, après en avoir fait le deuil. Cette situation ne l'empêche donc pas d'avoir une attitude positive vis-à-vis de l'arrêt des règles :

Pour moi c'est une deuxième adolescence. Je trouve que c'est un changement dans la vie, comme l'adolescence qui est imposée par la physiologie. C'est une horloge du temps qui me dit que j'ai l'âge que j'ai et que je rentre dans une nouvelle période de ma vie. C'est l'occasion de faire un peu le point sur la façon dont je vis, sur mes priorités, sur, peut-être, rééquilibrer certaines choses notamment le travail et ma vie privée parce que c'est vrai que j'ai toujours beaucoup travaillé. Je me suis toujours sentie rassurée dans la vie professionnelle par rapport à... mon enfance n'était pas très heureuse et c'est dans la vie professionnelle que je trouvais un certain succès. Et là, je me dis que ce serait mieux de mettre ça dans ma vie privée que dans ma vie

professionnelle et la ménopause était un moment pour moi de réfléchir à tout ça.

*Pour vous c'est une période plutôt positive ou négative?* Plutôt positive en dehors des désagréments, quelque part peut-être c'est une période où je me donne plus de permission de faire ce que je veux, je ne sais pas pourquoi. C'est une période libératoire. Je me pense que ça m'a libérée dans le sens où je me suis donnée la permission de penser à moi d'abord. Ça m'a recentrée sur moi. Au lieu de toujours me dire, je dois faire ça pour celui-ci, je dois faire ça pour celui-là, pour le travail, pour la famille, pour le mari... de dire ben il y a aussi toi dans tout ça ... me mettre aussi sur la liste des gens pour qui je dois faire quelque chose. (Carine, Suisse, 58 ans, cadre)

La ménopause est alors envisagée comme un moment de la libre expression de soi (Guillemard 1986), une période débouchant sur une plus grande liberté. Cette liberté s'inscrit dans une sorte de distanciation vis-à-vis des engagements dans les rôles domestiques ou professionnels, comme c'est le cas pour Carine. Comme elle, Jeannette réalise que c'est le moment d'accomplir des choses pour elle-même, de se libérer de son rôle maternel. L'ethos du devoir et des contraintes vis-à-vis des enfants est désormais remplacé par un ethos qui place au centre l'épanouissement de l'individu et la valorisation des activités de loisirs comme moyen et source d'éclosion de dons individuels (Lalive d'Épinay 1996) :

C'est la fin d'un cycle, d'une étape de la vie. Pour moi, c'est un peu comme une renaissance et c'est positif. On renaît parce qu'on n'est plus la même personne : avant on est une femme qui est apte à procréer, donc il y a un rôle et après plus, on passe dans un autre stade, au stade où la procréation n'est plus dans l'ordre des choses et il y a d'autres priorités qui rentrent en compte dans le rapport aux gens, dans le couple. Mais, on n'est pas dépourvu d'atouts, on en a toujours, pas les mêmes, on a d'autres atouts et il faut les exploiter pour son propre épanouissement. Moi, j'aime bien le jardinage et j'ai maintenant le temps d'organiser mes conférences et de me déplacer sans trop me faire de souci pour les enfants. (Jeannette, Suisse, 54 ans, femme au foyer)

Du côté des Camerounaises, un peu plus de la moitié des femmes (11) affirme aussi que la ménopause est une étape très positive. Mais, contrairement aux Suissesses qui mettent l'accent sur leur épanouissement personnel, sur la distanciation vis-à-vis de certains rôles sociaux ou professionnels, caractéristiques du processus d'individualisation prégnant dans les sociétés occidentales contemporaines, les

Camerounaises insistent davantage sur le soulagement procuré par l'arrêt de la menstruation et de la fécondité. Ces deux aspects sont particulièrement appréciés :

Mon statut de ménopausée ne me dérange pas, au contraire. J'avais tellement souffert de ces règles que je ne peux qu'apprécier qu'elles soient parties. Pendant longtemps, j'ai aussi dû faire beaucoup d'effort pour éviter de concevoir de nouveau. Donc, là, je suis vraiment tranquille. Et même si quelques fois, j'ai des bouffées de chaleur, ce n'est rien comparé à ce que j'ai enduré avec ces règles. Moi, je me sens vraiment bien. En termes de bilan, je pense que c'est une étape positive. (Frieda, Camerounaise, 53 ans, cadre)

Moi, je suis contente depuis que ça s'est arrêté : je marche comme je veux, libre, sans me demander quand est-ce que ça va encore arriver. Pour moi, c'est une période positive. Je me sens vraiment libre. Je ne suis plus là à trop réfléchir pour ne plus être enceinte. (Daniella, Camerounaise, 50 ans, travailleuse indépendante)

Même si ces femmes évoquent les aspects négatifs, telles les conséquences de la ménopause sur leur santé, leur sexualité ou leur apparence corporelle, ceux-ci sont minimisés par rapport au risque de grossesse et à l'inconfort des règles.

### ***II.1.2. De l'ambivalence***

Près d'un quart de Suissesses (5) et de Camerounaises (4) a une attitude ambivalente vis-à-vis de la ménopause, tiraillées entre le confort procuré par l'arrêt des menstruations et les troubles qui surviennent. La plupart de ces femmes expriment un sentiment de satisfaction vis-à-vis de l'arrêt des règles et de la fécondité (si elle n'a pas été anticipée par la stérilisation féminine). Cependant, les conséquences de la ménopause sur le plan physique, émotionnel, de la santé ou de la sexualité semblent atténuer cette satisfaction, parce qu'elles ont une influence sur la qualité de leur vie :

C'est clair que le point qui est le plus agréable c'est de ne plus avoir des règles. Moi, quand on m'a enlevé l'utérus, ça ne m'a pas dérangé. Je ne voulais plus avoir d'enfant. Puis, dès la ménopause, ces bouffées ont commencé. Puis, il fallait aller faire pipi tous les quart d'heure. Ce qui me gêne ce n'est pas d'être ménopausée, c'est surtout cette question de vapeurs. Donc finalement, pour

moi, c'est quand même assez mitigé comme bilan. (Bernadette, Suisse, 61 ans, FFNE)

La ménopause-là, en dehors des bouffées de chaleur, elle ne me dérange pas outre mesure. Les règles-là me fatiguaient tellement. S'il n'y avait pas ces bouffées, je serais vraiment tranquille. (Marie-Dominique, pré-ménopausée, Camerounaise, 45 ans, employée)

Moi, je pense que la ménopause est bien parce que tu marches déjà à l'aise. Tu es à l'aise, parce que quand j'avais les règles, j'étais tout le temps trempée. Je me levais le matin avec les draps sales, tout sale et ça m'énervait. Maintenant je me couche comme je veux. La seule chose qui m'énerve là c'est ces maladies. Depuis que mes règles sont parties, le dos me fait trop mal, la hanche aussi. C'est ça qui gêne encore tout (Huguette, Camerounaise, 56 ans, femme au foyer)

D'autres, comme Roberta, encore en pré-ménopause, témoignent aussi d'un sentiment de satisfaction à l'égard des règles qui vont bientôt s'arrêter, sans pour autant avoir réussi à faire le deuil de la fécondité. Roberta pense que l'on perd un peu de féminité avec la ménopause (« je ne serai plus cette femme-là »), mais que l'arrêt des règles ne l'assigne pas à la catégorie des vieilles. Les bouffées de chaleur qu'elle rapporte contribuent aussi à donner vigueur à cette ambivalence vis-à-vis de l'arrêt des règles.

### ***II.1.3. De l'indifférence***

Pour un petit nombre de Camerounaises (2) et de Suissesses (3), la ménopause n'a pas apporté de changements particuliers dans leur existence. Elles ont un regard neutre et s'expriment avec peu d'affect. Les règles ne sont pas particulièrement valorisées comme un signe de féminité. Leur arrêt les laisse indifférentes, car il est simplement une étape inéluctable qui marque la fin du cycle reproductif. Et, même si elles rapportent des désagréments, elles ne s'y attardent pas, car, pour elles, la ménopause n'est pas très différente des autres étapes du cycle féminin, qui à chaque fois ont des avantages et des inconvénients :

Ça me sort complètement de la tête. On n'en fait pas cas, c'est inhérent à la femme. C'est naturel quand on l'intègre. Et on ne se demande plus s'il y a des

avantages ou pas. On l'intègre dans sa vie et c'est tout, comme avec les règles, les grossesses et même l'accouchement. (Katia, Camerounaise, 57 ans, cadre)

Je ne pense pas que ce soit une barrière fermée. Il n'y a pas un grand changement entre l'avant et l'après. Je continue à vivre comme normalement. Je ne me suis pas posée beaucoup de questions. Il y a des mauvais moments et des bons moments comme pour chaque étape de la vie. (Helena, Suisse, 65 ans, cadre retraitée)

Je pense que la ménopause ne fait pas une scissure. C'est un cap mais, pour moi, dans la manière de vivre de me comporter il y a plutôt une continuité. (Christine, Suisse, 54 ans, cadre)

Pour ces femmes, la ménopause et les conséquences qui y sont associées sont acceptées comme des phénomènes physiologiques naturels sans rupture entre l'avant et l'après dans la manière de vivre. Ce qui n'est pas le cas de celles qui affectent la ménopause d'un signe négatif.

#### ***II.1.4. Une attitude négative***

Pour quatre Suissesses et trois Camerounaises la ménopause est réellement un cap difficile à franchir, voire même une période négative. Pour certaines, la satisfaction liée à la fin de l'inconfort des règles est mêlée à la nostalgie de ne plus les avoir. Pour d'autres, l'expérience est centrée sur de nombreux désagréments attribués à la ménopause et qui priment sur la libération vis-à-vis de la menstruation et de la fertilité. Pour toutes ces femmes, on remarque au cours des entretiens que l'arrêt des règles induit, simultanément ou non, et à des degrés divers, une perte du capital symbolique et esthétique (Delanoë 2006), une altération de « la santé-vidé », du « fond de santé » et même de « la santé équilibre » (Herzlich 2005). La ménopause est perçue comme un événement qui perturbe l'existence par des manifestations somatiques ou émotionnelles qui sont rapportées et qui exercent une influence sur la vie familiale, conjugale ou professionnelle :

J'ai d'abord eu des troubles de règles à un moment donné. Puis ça a disparu comme ça. Je ne me suis même pas préparée. C'était trop tôt. Je pensais que mes règles allaient encore venir. On se dit que je suis un homme parce qu'on n'a plus rien qui coule... après tu as les maladies qui arrivent, moi j'ai l'ostéoporose, les bouffées de chaleur, tout ça. C'est pour ça que je pense que je suis déjà une vieille femme. Même avec mon mari ça ne va pas, à cause de cette sécheresse vaginale. (Theresa, Camerounaise, 50 ans, employée)

Moi je n'y vois aucun avantage pour ma part. Moi je trouve que ça entraîne des maladies que je n'avais pas avant. Moi, je n'étais pas souvent malade, mais depuis que les règles ont commencé à déranger, je ne vais plus bien. (Julia, pré-ménopausée, Camerounaise, 52 ans, femme au foyer)

Je dirai que j'ai beaucoup de peine à l'accepter. Surtout ces vapeurs qui viennent la nuit. Moi, je travaille à 60% et je suis toujours fatiguée. C'est pour ça que j'ai été un peu déçue lorsqu'ils (médecins) ne m'ont proposée que des choses aux plantes. Je voulais quelque chose de plus radical. (Marielle, pré-ménopausée, Suisse, 50 ans, cadre)

Pour l'instant, je ne suis vraiment pas confortable avec ça. Les bouffées de chaleur, la sécheresse vaginale, la prise de poids, même mes cheveux commencent à tomber. Et encore, le pire c'est de voir comment je deviens agressive. C'est pas bien pour mon travail. Moi j'aurais pu aller avec les règles jusqu'à 60 ans, ça ne m'aurait pas gênée, au contraire je n'avais pas tous ces problèmes qui surgissent maintenant. (Madeleine, pré-ménopausée, Suisse, 52 ans, employée)

L'analyse des entretiens révèle le constat d'une évolution d'attitudes au fil du temps, notamment après le passage de la pré-ménopause à la post-ménopause :

Maintenant je me sens extrêmement bien avec tout ça, mais pendant toute la période de pré-ménopause, j'ai trouvé très difficile parce que je ne savais pas trop comment gérer ça, tout ce qui se passe dans le corps. Et puis, il y a comme un grand changement. C'est un chapitre qui se ferme : on ne peut plus avoir des enfants même si on ne pensait plus en avoir. On ne peut plus, ça veut dire qu'une certaine partie de notre sens de femme est finie et ça c'était un peu angoissant. Pour moi c'était des grandes questions qui m'angoissaient. Puis, après c'est passé et ça va mieux. On se rend compte que d'une manière ou d'une autre on est resté soi et qu'on n'est pas uniquement défini par la capacité à procréer. (Lara, Suisse, 62 ans, cadre)

La pré-ménopause pourrait, dès lors, être considérée comme une situation d'« affrontement avec l'incertitude », comme l'a affirmé Dubar (1991) en parlant de l'entrée des jeunes sur le marché du travail. Les changements qui se produisent à

cette période, souvent imprévisibles, incontrôlables et sujets à de nombreux questionnements, peuvent donner une teinte péjorative à la ménopause. Celle-ci peut, cependant, se transformer en une attitude positive, une fois que le sens de l'identité est retrouvé (Strauss 1992a), grâce aux procédés de reconstruction ou de restauration identitaire mis en place.

Coralia a aussi connu une évolution d'attitudes. Le caractère brutal de « l'annonce de la ménopause » par le gynécologue a induit, chez elle, une représentation négative qui a, toutefois, changé par la suite :

J'étais allée à la consultation pour un bilan. Mon gynécologue m'a dit vous allez atteindre 50 ans, il faut quand même savoir où vous en êtes. Il m'a dit on va arrêter la pilule. J'ai été surprise. Il a fait le test d'hormones. Ça a pris un peu de temps. Entre temps, je n'ai pas eu mes règles, puis je me suis demandé comment ça se fait. Mon mari m'a proposé d'aller à la pharmacie pour le test de grossesse. J'ai fait le test qui était négatif. C'est après que j'ai reçu une lettre où il (le gynécologue) me disait voilà vous êtes complètement ménopausée, donc aucun risque d'être enceinte, bonne journée... et cette lettre m'a quand même fait drôle : c'était *clac*. C'était quand même pas facile avec l'épisode que je venais d'avoir, la peur d'être enceinte et tout ça...  
*Et comment vous l'avez pris ?* J'étais triste. J'ai compris qu'en conséquence vous êtes ménopausée, vous n'avez plus besoin d'aucun moyen de contraception, meilleures salutations et voilà. Et après, on se dit c'est fini. Puis, il y a les bouffées de chaleur qui ont commencé. Je n'avais pas encore digéré tout ce qui venait de se passer et ce qui est embêtant c'est qu'à ce moment-là, on attribue tout ce qui nous arrive à la ménopause. Ça a pris du temps, et après c'est passé. Je crois que tout se passe bien maintenant. Les bouffées viennent et puis je me dis, on fait avec. Je continue mes activités sans problème. (Coralia, Suisse, 54 ans, employée)

La surprise, le choc et le chagrin rapportés par Coralia incitent à considérer la ménopause comme l'un de ces « moments critiques », qui assènent, « la plupart du temps, un coup décisif signifiant : « Tiens ! Tu en es arrivé là ! C'est une étape à marquer d'une pierre blanche ! » (Strauss 1992a : 100-101). L'arrêt des règles apparaît ainsi comme un événement qui nécessite une préparation et une acceptation profonde pour être vécu comme supportable (Greer 1992).

## **II.2. LES LOGIQUES EXPLICATIVES**

Plusieurs facteurs peuvent influencer les représentations, le vécu et l'attitude vis-à-vis de la ménopause. L'accent sera mis ici sur le vécu des règles, le contexte socioculturel, familial ou conjugal, le niveau d'instruction et l'activité professionnelle, la prévalence et l'intensité des conséquences ménopausiques. L'objectif n'est pas principalement de montrer la distribution de ces variables au sein de la population interviewée, étant donné sa taille modeste, mais de mettre en relief de quelle manière elles sont susceptibles d'influencer les attitudes à l'égard de l'arrêt des règles.

### ***II.2.1. Le vécu des règles***

Comme je l'ai souligné dans le chapitre précédent, les représentations de la ménopause sont largement articulées à celles des règles elles-mêmes et à leur vécu. On peut ainsi observer que, dans les deux contextes, les femmes qui trouvaient les règles inconfortables, pénibles ou éprouvantes parce que douloureuses, abondantes, voire hémorragiques sont plus nombreuses à exprimer un sentiment de satisfaction à leur arrêt. Il s'agit d'inconvénients dont elles s'estiment débarrassées. Le soulagement et la libération éprouvés l'emportent alors sur les désagréments qui peuvent être consécutifs à la ménopause. En revanche, celles qui attribuaient des propriétés équilibrantes, régénérantes ou purificatrices aux menstruations et pour qui elles revêtaient un fort caractère symbolique, en termes de féminité et de jeunesse, éprouvent une certaine nostalgie lorsqu'elles disparaissent. Dès lors, tout en soulignant le soulagement procuré par l'arrêt des règles sur le plan pratique, elles trouvent douloureuse l'idée de ne plus être menstruée et sont davantage enclines à exprimer une attitude ambivalente voire négative à l'égard de la ménopause. Le vécu des règles n'est cependant pas l'unique facteur pouvant influencer sur l'attitude des femmes à la ménopause, l'environnement

socioculturel, familial ou conjugal, les caractéristiques sociodémographiques de même que les aspects physiologiques sont tout aussi importants.

### ***II.2.2. Le contexte socioculturel, familial et conjugal***

Plusieurs études précédentes l'ont démontré, le vécu de la ménopause est, en partie tributaire des représentations socioculturelles des règles et de leur arrêt. (1998b, 2006 ; Naamane Guessous 2000 ; Thoër-Fabre 2005, Mbarga 2001, 2005). En Suisse, comme dans la majeure partie des pays occidentaux, la ménopause arrive dans un contexte de médicalisation poussée qui en a fortement modifié la perception. Les aspects biologiques et physiologiques sont passés au premier plan au détriment des aspects sociaux ou d'évolution (Zemp Stutz 2004). Les conséquences pathologiques qu'entraînent les changements hormonaux chez les femmes sont de plus en plus soulignées. Un ensemble cohérent de symptômes a été établi et les femmes ont fini par y être socialisées. Au Cameroun, en revanche, la ménopause n'a pas acquis autant de visibilité sur la sphère publique. Elle reste un sujet intime auquel les femmes ne lient, le plus souvent, les manifestations observées qu'une fois que la ménopause est confirmée. Les guides d'interprétation de l'arrêt des règles, chez les Camerounaises, se réfèrent donc en priorité à leur vécu et non à un corps de connaissances abstraites scientifiquement reconnues.

Il est possible que ces différents contextes influent sur les représentations des femmes, sur leur vécu et sur l'attitude vis-à-vis de l'arrêt des règles. Et, on pourrait supposer que les vécus ménopausiques chez les Suissesses soient particulièrement déterminés par la construction du discours médical, qu'elles sont plus susceptibles de ressentir les troubles pour lesquels elles ont été socialisées et plus enclines à éprouver une attitude négative par rapport aux Camerounaises. Mais, il serait assez simpliste et quelque peu réducteur d'affirmer que la prévalence ou non de la médicalisation soit l'unique facteur qui influe sur les représentations et les vécus ménopausiques. On l'a vu, un certain nombre de femmes se distancient du discours

médical. En fonction de leur parcours biographique, les femmes d'un même contexte culturel peuvent ainsi avoir des expériences ménopausiques différentes comme nous pouvons le voir dans les encadrés ci-dessous :

## **Encadré 2 : portraits de deux Suissesses**

**Bernadette** est âgée de 61 ans au moment de l'enquête. Elle a subi une hystérectomie partielle à 40 ans, mais suppose qu'elle est ménopausée depuis 50 ans parce que c'est à ce moment-là qu'elle a commencé à ressentir les bouffées de chaleur. Elle a deux enfants et trois petits-enfants. Après l'école primaire, elle a suivie une formation d'aide en médecine dentaire, profession qu'elle a exercée pendant une dizaine d'années avant de l'arrêter pour s'occuper de ses enfants. Au moment de l'entretien, Bernadette est donc sans profession, mais affirme qu'elle est très active et s'investit dans le social : elle est intendante dans sa paroisse, apporte volontairement de l'aide à des personnes âgées en institutions et s'occupe de sa maman âgée. Le langage de Bernadette de même que ses intérêts reflètent un bon niveau culturel. Pour l'entretien, je l'ai rencontré à l'hôpital H, dans une salle qui avait été mise à ma disposition pour la circonstance.

Bernadette utilise très peu de cosmétiques. Elle fait notamment usage d'une crème hydratante et de la teinture pour ses cheveux dont elle affirme qu'elle n'aime pas voir gris. Mais, elle ne se maquille point, « c'est une perte de temps et d'argent ». Elle affirme qu'elle fait attention à son alimentation et fait beaucoup d'exercices physiques (vélo, marche, natation) pour se maintenir en forme et en santé.

Son mari a deux ans de plus qu'elle et a travaillé comme cadre dans une entreprise privée. Au sein de son couple, elle se décrit comme étant très indépendante et autonome et elle est assez penchée vers les notions d'égalité. Elle a une très forte personnalité qui peut s'observer de plusieurs manières. Par exemple, après avoir eu les deux enfants, elle a pensé de commun accord avec son mari qu'il vaudrait mieux, pour leur épanouissement sexuel, de bénéficier d'une méthode contraceptive irréversible. Et, c'est son mari qui, à 29 ans, a subi une vasectomie. A l'égard de la ménopause, elle a une attitude ambivalente. Si elle affirme s'être sentie soulagée de ne plus avoir les règles, après l'hystérectomie, elle n'apprécie pas du tout les manifestations qui accompagnent la ménopause. Lorsqu'elle en parle, on retrouve une mise en récit qui rappelle la description médicale : « la ménopause c'est quand on n'a plus d'ovules, quand les ovaires cessent de fonctionner ; c'est avoir les bouffées de chaleur, ne plus dormir, aller faire pipi tous les quart d'heure. Sur ce sujet, elle s'informe en lisant tout ce qui lui passe par la main, des livres de médecine, des journaux de pharmacie qui parle de la ménopause et des problèmes que l'on peut avoir, et fait des recherches sur Internet. Elle exprime une grande confiance à l'égard de la biomédecine qui se manifeste par la manière dont elle dénigre les médecines dites naturelles qu'elle qualifie de « poudre de perlimpinpin dont on ne sait quoi faire. Je me demande s'il y a vraiment quelque chose dans ces médicaments... C'est surtout des médicaments supposés vous guérir avec rien dedans. Vous prendriez le sucre glace à la place, ça aurait le même effet. Donc si vous êtes vraiment malade, vous n'êtes pas guéri et si vous êtes guéri c'est que vous n'étiez pas malade, que c'était psychologique ». Ses réflexions reflètent de très grandes capacités d'analyse et son sens critique apparaît très fortement dans les relations avec les gynécologues qu'elle décrit. Les échanges avec les praticiens qu'elle relate sont particulièrement intéressants et permettent de conclure qu'elle est proactive dans sa prise en charge ménopausique. Elle va généralement en consultation en sachant ce qu'elle veut et n'hésite pas à demander voire à exiger des prescriptions précises (concernant notamment

l'hormonothérapie). Elle est donc très portée vers la médicalisation de la ménopause et le THS est pour elle une merveille qui permet aux femmes de vivre normalement après leur ménopause, ce qui explique pourquoi elle y a toujours recours après plus de 10 ans.

**Helena** est âgée de 65 ans et est ménopausée depuis l'âge de 50 ans. Elle est divorcée. Elle a choisi de ne pas avoir d'enfant parce que dit-elle, elle a toujours remis en cause les pressions qu'elle subissait parce qu'elle était une fille (avoir des enfants, une vie de famille, être mariée...). Ce qui lui importait c'était des activités intellectuelles et pour elle être femme « ce n'est pas égal à avoir des enfants ». De plus, après avoir eu des relations difficiles avec sa mère, elle n'a pas voulu avoir des enfants de peur de répéter le même schéma. Par ailleurs, sur le plan écologique, elle pense qu'il y a déjà assez d'enfants sur la terre.

J'ai rencontré Helena dans son appartement de trois pièces situé non loin du centre ville de Lausanne où elle habite seule. Elle est actuellement retraitée, mais avec un doctorat en biologie, elle a été un haut cadre d'une entreprise privée. Dans les années 60-70, elle a milité dans le Mouvement de Libération des Femmes (MLF) et a travaillé dans le Centre des Femmes de Genève comme conseillère en matière de contraception naturelle (par l'observation de la glaire cervicale, la température, la position du col de l'utérus) et en matière de sexualité, du plaisir des femmes. Depuis ces années-là, Helena a toujours remis en question le pouvoir de la biomédecine et surtout la mainmise des médecins sur les femmes.

Helena a une alimentation qu'elle qualifie de très saine. Pour elle « on est ce que l'on mange. Si vous mangez des cochonneries vous le payerez par votre santé ». Depuis une trentaine d'années, elle ne consomme que des aliments « bio ». Elle fait beaucoup d'exercices physiques (la danse depuis l'âge de 8 ans, la marche en montagne pendant l'été, en raquette pendant l'hiver). Sur le plan esthétique, elle utilise un grand nombre de cosmétiques pour la peau, mais ne se maquille que très peu.

Les règles pour Helena faisaient partie du cycle biologique de la femme. Et si elle évoque des douleurs, elle n'en parle pas en termes d'avantages ou d'inconvénients. Dans la suite de l'entretien, elle décrit la ménopause dans les mêmes termes : « elle fait partie de notre corps, la biologie a construit notre corps comme ça ». Celle-ci la laisse donc indifférente : « d'après la pub pour les hormones, on n'est plus une femme. Mais pour moi, ce n'est pas un signe de ah je ne suis plus une femme. C'est une étape normale de la vie qui ne m'enlève rien à ce que j'étais ». Comme la plupart des femmes, elle parle des bouffées de chaleur, qui la réveillaient la nuit de sorte qu'elle avait le sommeil entrecoupé et se sentait fatiguée le matin. Mais, elle dit les avoir acceptées tout comme elle l'a fait avec les désagréments des règles. Elle n'a donc suivi aucune thérapie.

Si, de par sa formation de biologiste, elle a eu assez d'informations sur la ménopause avant sa survenue, Helena n'adhère pourtant pas au modèle biomédical qu'elle critique même avec véhémence : « maintenant la ménopause est devenue comme le diabète, une maladie de carence, une maladie chronique. Mais oh là, les médecins et les pharmas font fort. Si on veut faire consommer les gens il faut les rendre mal à l'aise. S'ils étaient complètement heureux, bien dans leur peau, ils ne consommeraient pas ». Heureusement, pense-t-elle qu'il y a de plus en plus de médecins prudents. Le THS est, pour elle, le plus grand mal, comme le montrent un grand nombre d'études épidémiologiques auxquelles elle fait allusion. Face à la biomédecine, Helena a pris de la distance depuis plusieurs années. Elle affirme qu'elle évite les structures médicales plus que tout. Elle a bien sûr un médecin généraliste pour un certain nombre de problèmes précis, mais pour tout ce qui concerne la sphère gynécologique elle n'en a pas et se rend chez la naturopathe tous les cinq ans pour y bénéficier de consultations gynécologiques. Elle se sent assez autonome : « je fais moi-même ma palpation de seins à la maison. Pour tout ce qui est maladie virale, je me débrouille soit en allant

à la pharmacie, soit en faisant de la phyto-aromathérapie ». Depuis de très longues années, elle s'oriente vers les médecines naturelles « à peu près pour tout ».

### **Encadré 3 : Portraits de deux Camerounaises**

**Roberta** est âgée de 48 ans au moment de l'enquête et est en période de pré-ménopause. Elle a eu trois enfants avec trois pères différents et a déjà trois petits-enfants. Elle est célibataire, mais vit en couple avec un ingénieur électronicien. Elle a une formation de comptable et occupe un poste de cadre dans un ministère.

J'ai rencontré Roberta dans son domicile, un grand duplex (récemment construit avec des matériaux de très bonne qualité) qui indique clairement qu'elle a un statut social élevé. Ses deux enfants aînés se sont déjà mariés et ont quitté le domicile familial. Roberta y habite donc avec sa dernière fille, âgée de 16 ans et avec des tiers (neveux et nièces, cousins et cousines...).

En matière d'entretien du corps, elle affirme s'investir énormément, car elle aime « se faire plaisir, se mettre bien, être coquette, toujours se savoir belle, prêtre à plaire, d'abord à elle-même et ensuite à un homme ». L'apparence compte alors énormément pour elle, d'où l'usage d'une multitude de cosmétiques : crèmes hydratantes, crèmes de jour, crème de nuit, produits de nettoyage pour la peau dont masques et gommages, produits de maquillage. Elle fait aussi de l'exercice physique (dans un club de gymnastique ou a domicile) et fait attention à son alimentation pour ne pas prendre du poids, pour des raisons de santé, mais surtout esthétiques.

Pour Roberta, les règles représentent l'une des périodes qui l'énervent le plus, parce qu'elles sont très abondantes et douloureuses. Même après de longues séries d'examens médicaux, elle affirme que les médecins n'ont pas pu lui fournir une explication plausible. Elle ne fait pas usage de contraceptifs à cause de leurs contraintes et des effets secondaires comme la prise de poids. Cependant, les règles sont pour elles le gage de sa féminité et de la fécondité. Elle a donc une attitude ambivalente à l'égard de la ménopause qui approche à grands pas. Elle éprouve une certaine satisfaction et un soulagement par rapport à l'inconfort subi pendant les règles, mais elle ne réussit pas à faire le deuil de la fécondité et surtout redoute de ne plus pouvoir se sentir femme une fois qu'elles se seront arrêtées. Les bouffées de chaleur dont elle fait déjà l'expérience ne font qu'accroître cette attitude péjorative à l'égard de l'arrêt des règles. Elle a ainsi voulu recourir à l'hormonothérapie, mais y a renoncé sur conseil du gynécologue qui la suit depuis plusieurs années. En effet, elle affirme qu'elle a suivi gynécologique régulier (au moins une fois par année) depuis de longues années, et de manière plus fréquente depuis que le praticien a découvert l'existence des myomes qu'il hésite à opérer. Les informations sur la ménopause et sur ses traitements lui ont été particulièrement fournies par le gynécologue, mais aussi par les pairs et par sa sœur qui l'a été deux années avant qu'elle-même n'en ressente les manifestations.

Roberta exprime sa confiance non seulement à l'égard de la biomédecine, mais aussi vis-à-vis des médecins qui sont pour elle « comme des maîtres pour les élèves ». Dès lors, bien que l'hormonothérapie lui paraisse salubre dans cette phase de la vie, elle se sent contrainte d'y renoncer, du moins au moment de l'enquête.

**Katia** est âgée de 57 ans au moment de l'enquête et est ménopausée depuis 8 ans. Elle est séparée depuis trois ans du père de ses cinq enfants et a déjà trois petits-enfants. Elle est diplômée de l'Ecole Normale Supérieure et occupe au moment de l'enquête un poste de directrice d'un centre de

promotion de la femme (qui apporte du soutien aux jeunes filles en difficultés et leur offre des possibilités d'apprentissages dans plusieurs domaines). C'est dans son bureau que j'ai réalisé l'entretien avec elle.

Le jour de l'entretien, Katia a une apparence très soignée. Elle est maquillée et dit faire usage régulièrement d'une variété de cosmétiques dont l'objectif est d'entretenir sa peau. Elle se teint aussi les cheveux qui deviennent grisonnants mais qu'elle préfère avoir noirs pour « ne pas paraître vieille ». Elle ne fait pas d'activités physiques précises, mais estime qu'elle bouge assez dans le cadre de son travail.

Que ce soit pour les règles ou pour la ménopause, de même que pour la grossesse et l'accouchement, Katia estime qu'il s'agit des étapes naturelles de la vie d'une femme. Lorsqu'elle s'attarde sur la ménopause, elle affirme que c'est une transition normale, « on ne se demande pas s'il y a des avantages ou des inconvénients ». Et bien qu'elle souligne des désagréments comme les bouffées de chaleur, elle déclare qu'elle les supporte et les accepte tout comme elle a accepté les désagréments des règles, les nausées des grossesses et les douleurs de l'enfantement. « Les traitements de la ménopause ne m'intéressent pas, je suis liée à la nature », affirme-t-elle. L'usage du traitement hormonal est donc, selon elle, complètement déplacé : « il est pour celles qui veulent continuer à être comme avant, qui ont besoin d'un traitement qui provoque des règles ». Et elle ajoute : « pour moi, une femme doit rester naturelle pour se rendre compte de ce qui se passe dans son corps. Je ne vois pas pourquoi on doit combattre la ménopause ».

Si elle affirme qu'elle est attachée à la nature, Katia exprime cependant du scepticisme vis-à-vis des « médecines traditionnelles » qu'elle considère comme un monde aléatoire qu'elle n'aime pas et auquel elle n'a point recours. Elle nourrit ainsi une grande confiance à l'égard de la biomédecine bien qu'elle ne consulte qu'en cas de problèmes de santé graves : « est-ce que nous on fréquente les médecins. on fait de l'automédication. Si tu me vois aller chez le médecin, c'est que je suis déjà à la porte de la mort ». Les dysfonctionnements des structures hospitalières que j'ai soulignés dans le chapitre de méthodologie en sont principalement la cause. Katia n'a donc pas un suivi gynécologique régulier, mais a consulté le gynécologue une fois que des manifestations accompagnant l'arrêt des règles ont commencé parce qu'elles lui ont paru incompréhensibles. Une fois qu'elle a été rassurée qu'« il ne s'agissait que de la ménopause » par le thérapeute, elle n'y est plus allée. Pour les bouffées de chaleur qu'elles rapportent elle n'a pas de pratique de gestion particulière et les accepte simplement. Par contre pour les douleurs articulaires et dorsales qu'elle rattache aussi à la période post-ménopausique, elle use d'antidouleurs qu'elle se procure elle-même en pharmacie.

Ces portraits non exhaustifs de ces quatre femmes me permettent de relever deux choses. D'une part, ils montrent que les individus appartenant à des contextes socioculturels différents, éloignés géographiquement les uns des autres peuvent avoir des attitudes et des vécus présentant quelques caractéristiques communes. D'autre part, ces vécus ne sont pas homogènes suivant le contexte. Selon leur parcours biographique, leur trajectoire de vie et en fonction de leurs subjectivités, les femmes appartenant à un même contexte culturel expriment des réactions et des attitudes fort différentes à l'égard de la ménopause. Il n'existe donc pas essentiellement des dichotomies binaires entre les Suissesses et les Camerounaises,

et toutes les Suissesses ou toutes les Camerounaises ne rapportent pas forcément les mêmes types de vécus. Si elles ont pour dénominateur commun la ménopause, ces femmes ont des parcours de vie différents qui influent fortement sur le sens qu'elles donnent à cet événement. Bernadette et Helena se positionnent surtout en adhérant ou en réfutant le discours biomédical. Mais l'adhésion au paradigme médical ne traduit pas qu'une position de dominé comme on peut le voir avec Bernadette qui s'approprie le discours médical, mais tient à garder une marge de manœuvre et à exprimer sa liberté de choix vis-à-vis des professionnels qu'elle consulte. L'attitude d'Helena, quant à elle n'exprime pas que de la rébellion à l'égard de la biomédecine. Elle peut aussi s'interpréter par le prisme du genre comme une volonté de réappropriation de son corps et comme une dénonciation de la domination masculine dont le THS est l'instrument : il contribue à stigmatiser les femmes, « à les présenter comme fragiles ».

Bien que certaines Suissesses adhèrent au modèle biomédical de la ménopause, nous avons vu dans ce chapitre qu'un bon nombre de femmes savent s'en distancier. Elles procèdent alors à la relativisation des stéréotypes par le recours à l'expérience directe et soulignent différentes sortes d'attitudes vis-à-vis de cet événement physiologique : positive, négative, ambivalente ou indifférente. Les Suissesses pour qui la ménopause représente une étape positive sont d'ailleurs légèrement majoritaires. Quant aux Camerounaises, bien qu'elles ne fassent pas référence au modèle biomédical, la description de leur expérience s'en rapproche fort bien. On constate, en effet, que plusieurs Camerounaises font état de divers troubles qu'elles attribuent à l'arrêt des règles. Elles témoignent aussi de différentes attitudes qui pourraient être considérées, dans leurs proportions, comme significativement peu différentes de celles des Suissesses même si on relève des divergences, relatives notamment à l'environnement familial.

Au-delà du contexte socioculturel, l'environnement familial semble avoir une importance capitale sur la manière dont les femmes vivent la ménopause. Il est

intéressant de constater que les Camerounaises, contrairement aux Suissesses, parlent très peu de l'évolution de la cellule familiale lorsqu'elles relatent leur expérience ménopausique. Elles la décrivent plutôt centrée sur la ménopause elle-même et sur l'influence qu'elle peut avoir sur le cours de leur existence. Elles n'abordent les questions liées à l'entourage familial que si elles leur sont posées. Cela s'explique par une configuration de la famille qui est différente. D'abord la famille est définie au sens large. Parler de la famille ne signifie pas simplement faire allusion à la famille nucléaire. Ensuite, les femmes ont leurs enfants (pour celles qui en ont) très jeunes. À la ménopause, il arrive qu'elles soient déjà grand-mères, comme c'est le cas de la majeure partie de l'échantillon. Celles qui n'ont pas pu avoir d'enfants en adoptent auprès d'autres membres de leur famille<sup>52</sup>. Enfin, les enfants, même adultes ne quittent pas toujours le domicile familial. Cela arrive souvent, mais ce n'est pas aussi fréquent qu'en Suisse. Et même s'ils quittent le domicile de leurs parents, les femmes restent entourées par des tiers, neveux, petits-enfants ou autres. Les rôles familiaux se poursuivent alors et se succèdent. Les femmes passent du rôle de mère à celui de grand-mère, ce dernier étant particulièrement apprécié, car il lui permet de s'occuper continuellement des petits-enfants (éducation, habillement, soins). Ainsi, loin de perdre leur rôle et prérogatives de mères, les femmes continuent de les étendre sur leurs petits-enfants voire sur les foyers de leurs enfants adultes et mariés. La « fécondité sociale » (qui consiste à prendre soin des enfants autre que les siens propres) dont certaines interlocutrices ont parlé pendant les entretiens prend ici toute sa place.

Les modifications de la cellule familiale au moment où les femmes atteignent la ménopause sont alors peu palpables chez les Camerounaises et elles n'en parlent pas comme d'un facteur déterminant de leur expérience ménopausique. Il est,

---

<sup>52</sup> Il ne s'agit pas forcément d'adoptions formelles, accompagnées de mesures administratives et légales nécessaires. Les adoptions se font aussi de manière informelle, par exemple, lorsque d'un commun accord (verbal), une personne choisit délibérément de confier la responsabilité de son (ses) enfant (s) (la garde, l'éducation...) ou d'en faire don à une autre.

cependant, probable que cette structure familiale favorise le fait que les femmes ne se sentent pas seules et ne témoignent pas de l'expérience du « nid vide » au moment où elles arrivent à la ménopause. La structure familiale peut alors être un élément déterminant du vécu de la ménopause.

Chez les Suissesses, les bouleversements au sein de la cellule familiale sont un moment de référence qui apparaît habituellement lorsqu'elles parlent de la ménopause. Les familles sont généralement restreintes et à la ménopause, les femmes affrontent des difficultés nouvelles. Ainsi, pour les Suissesses, la description de la ménopause est souvent mêlée à celle d'autres événements qui surviennent à ce moment-là : les problèmes de parents vieillissants ou leur décès, le départ des enfants ou tout simplement leur indépendance, les prérogatives de mère qui se modifient, les rapports avec les conjoints.

Lorsqu'elles arrivent à la ménopause, peu de Suissesses interviewées ont déjà des petits-enfants. Quand elles en ont, la plupart du temps, elles jouent des rôles secondaires vis-à-vis d'eux, ceux-ci n'étant généralement pas éduqués selon les valeurs ou l'autorité des grands-parents. Elles s'en occupent, par exemple, une ou deux fois par semaine, pour rendre service à leurs enfants, ne souhaitant pas faire plus, parce que, disent-elles, « elles ont déjà fait leur temps ».

Le départ des enfants, souvent évoqué, semble avoir une influence particulière au moment où les femmes traversent cette période, mais de façon variable. Chaque couple vit sa propre histoire et le départ des enfants peut être redouté ou, au contraire, apprécié.

Les modifications de la cellule familiale peuvent apporter une teinte péjorative à la ménopause lorsqu'elles sont redoutées ou mal accueillies, comme on a pu le constater au cours de l'entretien avec Martha. Martha, est âgée de 54 ans et a eu sa ménopause il y a deux ans. Elle était secrétaire de direction et a arrêté de travailler

pour s'occuper de ses trois enfants, dont le dernier est récemment (au moment de l'enquête) parti de la maison. Le rôle maternel pour lequel elle s'est tant investie vient de se briser avec le départ des enfants. Son mari, professeur d'université et au sommet de sa carrière est tout aussi absent et plus préoccupé par son travail. Elle témoigne clairement de son expérience du « nid vide ». Dans la suite de l'entretien, Martha affirme qu'elle n'a pas tellement apprécié l'arrêt des règles. Celui-ci a entraîné plusieurs inconvénients parmi lesquels les bouffées de chaleur, la sécheresse de la peau, la sécheresse vaginale et même la baisse de la libido, comme nous l'avons vu dans ses extraits précédents. En somme, Martha déclare que la ménopause est « une période difficile à vivre à cause de tous ces inconvénients ». Ses paroles sont jalonnées de larmes et sa tristesse est si profonde que l'entretien a été interrompu pendant un moment. Mais, plus que de ménopause, il s'agit d'une période où s'entremêlent de multiples événements dans la vie de Martha. Ainsi, l'attitude vis-à-vis de la ménopause n'en réfère pas uniquement à l'arrêt des règles, mais elle est aussi révélatrice d'un mal-être provoqué par d'autres ruptures qui coïncident avec cette période de la vie d'une femme. Cependant, puisque la médicalisation de la ménopause rend légitime les plaintes des femmes, il semble souvent plus aisé de lui imputer tous les bouleversements qui se produisent à ce moment-là. Elle devient alors un mode d'explication de la souffrance ou un canal d'expression du mal-être à l'entourage.

La réaction quant au départ des enfants n'est cependant pas la même pour toutes les Suissesses. L'analyse des entretiens révèle, en effet, que plusieurs d'entre elles apprécient l'autonomie acquise après le départ de leurs enfants : le calme refait son apparition et les conjoints ont de nouveau du temps l'un pour l'autre. Beaucoup de femmes disent se sentir heureuses à ce moment-là, à l'exemple de Marie-Josée :

Moi j'ai eu de la chance avec cette ménopause, il ne m'arrive que des trucs positifs parce que moi j'étais contente que les enfants partent loin. Moi je trouve que c'est le meilleur âge parce que j'ai fait une belle vie, les enfants sont grands, on se sent mieux et on se retrouve les deux, avec l'argent et

l'expérience en plus. Pour moi c'est une période positive. (Marie-Josée, Suisse, 59 ans, femme au foyer)

La ménopause peut alors être une période de productivité et d'éclosion où plusieurs femmes s'investissent dans des engagements leur procurant une part de plaisir. Déchargée des contraintes vis-à-vis des enfants, plusieurs Suissesses découvrent enfin leur liberté et ont enfin du temps pour elles-mêmes. Certaines se découvrent de nouveaux talents, explorent de nouvelles activités artistiques culturelles ou amicales, d'autres, comme Carmen qui a recommencé à donner des cours de peinture, renouent avec des activités qu'elles avaient abandonnées (art, musique, œuvres sociales, couture, voyage). Toutes ces activités contribuent pleinement à la reconstruction identitaire. Les Camerounaises restent aussi actives. Pour celles qui sont parvenues à la retraite, l'investissement s'oriente davantage vers la famille ou vers une vie associative qui leur procure aussi du plaisir. Aussi dirais-je, comme Caradec parlant de la retraite, que la ménopause est « un autre de ces moments-charnière de la vie, à la fois rupture anémique et rupture nomique » (1996 : 22). Rupture anémique, parce que la femme perd l'un des principaux atouts qu'elle a reçus à la puberté (celui de donner la vie). Rupture nomique, en ce sens que l'on peut faire l'hypothèse que plusieurs autres aptitudes vont compenser cette perte de la capacité de reproduction. Avec ou sans emploi, à travers les rôles dérivatifs (qui peuvent certes varier selon les milieux sociaux des femmes), plusieurs femmes continuent d'être productives. Pour certaines, la vie de couple semble prendre une place importante à ce moment-là et contribuer à la construction de l'expérience ménopausique.

Dans le contexte conjugal, les femmes interviewées en Suisse et au Cameroun se caractérisent par leur variabilité de situations matrimoniales. Au vu des informations obtenues – très variables voire contradictoires – il semble difficile de démontrer que la situation matrimoniale influe sur les représentations et le vécu ménopausique. Dans les deux contextes, les catégories ambivalentes et indifférentes regroupent toutes sortes de situations matrimoniales, échappant par

conséquent à tout type de déterminisme. Les résultats de l'enquête montrent, cependant, qu'autant chez les Suissesses que chez les Camerounaises, les femmes en couple sont plus nombreuses à partager une attitude positive à l'égard de la ménopause. Il est probable que l'harmonie au sein du couple soit un facteur favorable pour le vécu ménopausique. Cet argument doit cependant être nuancé, car deux Suissesses affirmant avoir des relations très harmonieuses avec leur conjoint ont aussi rapporté des représentations et une attitude négatives vis-à-vis de la ménopause.

### ***II.2.3. Le niveau d'instruction et l'activité professionnelle***

Les enquêtes quantitatives et qualitatives de Delanoë (1998b, 2006) révèlent que majoritairement, les Françaises ayant un niveau d'études élevé ont une attitude négative face à la ménopause. Ces résultats, obtenus dans un contexte différent, ne sont que très peu similaires à mes observations dans le cadre de cette étude. Bien qu'il soit difficile de parvenir à des attitudes dichotomiques, les informations recueillies révèlent que toutes les Suissesses ayant une attitude négative vis-à-vis de la ménopause ont un niveau d'études primaires ou secondaires. Parmi celles qui ont une attitude positive, on trouve autant de femmes ayant un niveau d'études supérieures qu'un niveau d'études primaire. Les Suissesses qui expriment une attitude ambivalente à l'égard de la ménopause ont aussi différents niveaux d'études, mais celles pour qui la ménopause représente une étape naturelle de la vie ont un niveau d'études soit secondaire, soit supérieur. Pour les Camerounaises, la différence est de moins en moins nette. Les résultats ne semblent pas indiquer de corrélations évidentes entre l'attitude des Camerounaises à l'égard de la ménopause et leur niveau de scolarité. Toutes les catégories d'attitudes mentionnées regroupent en leur sein les différents niveaux d'études. L'influence du niveau de scolarisation des femmes sur l'attitude envers l'arrêt des règles apparaît donc relativement faible dans cette recherche.

Des études antérieures ont montré que les femmes qui ont un emploi ont une expérience positive de la ménopause, contrairement à celles qui ont misé essentiellement sur leur féminité et qui sont « femmes au foyer » (De Beauvoir 1949 ; Delanoë 1998b ; Thoër-Fabre 2005 ; Mbarga 2005). Ces données semblent être corroborées chez les Camerounaises, car toutes les femmes qui expriment une représentation positive de la ménopause ont un emploi<sup>53</sup>. Il est probable que le fait d'avoir une activité professionnelle dans laquelle la femme s'investit et qui la valorise constitue une source d'estime de soi, d'épanouissement personnel et la protège contre les stéréotypes stigmatisant les femmes ménopausées. Mais, les résultats obtenus invitent aussi à la prudence, car parmi les Camerounaises qui rapportent une attitude négative, toutes ont un emploi à l'exception de Julia qui est femme au foyer, mais qui est très engagée dans plusieurs activités. Les résultats de l'enquête sont aussi moins tranchés en ce qui concerne les Suissesses. Parmi les Suissesses qui ont une attitude positive, la moitié a un emploi. Celles qui ont une attitude négative ont elles aussi toutes un emploi, à l'exception d'une seule comme chez les Camerounaises. Il s'avère, par conséquent, complexe d'affirmer de quelle manière le fait d'avoir un emploi ou non influe sur l'expérience de l'arrêt des règles. Il est toutefois possible que la catégorie professionnelle ait un impact sur la réaction des femmes face aux troubles associés à l'arrêt des règles. Les femmes exerçant des professions commerciales comme Marielle, Suissesse et Chloé, Camerounaise, ou celles nécessitant un grand contact avec le public (infirmières, secrétaire médicale) comme Theresa, Camerounaise et Madeleine Suissesse semblent plus enclines à avoir des représentations négatives parce que les troubles ménopausiques dont elles témoignent modifient leur rapport à la clientèle et ont, dès lors, un plus grand impact sur leur travail.

---

<sup>53</sup> Dans cette étude, je ne me suis pas étendue sur le type d'emploi exercé par les femmes. Mais, je pense qu'il serait intéressant d'approfondir l'analyse en comparant les expériences des femmes selon que la profession exercée est valorisante ou non.

#### ***II.2.4. La prévalence des troubles et le statut ménopausique***

Le matériel ethnographique de cette recherche indique qu'en Suisse et au Cameroun, les femmes qui ont une attitude négative vis-à-vis de la ménopause sont celles qui déclarent le plus souffrir de troubles ménopausiques. On pourrait penser qu'il y ait une corrélation entre l'existence des symptômes et la vision négative de la ménopause. Cette présomption mérite, toutefois, d'être nuancée. Il arrive, en effet, que certaines femmes qui rapportent de troubles qu'elles qualifient de sévères témoignent aussi d'une attitude positive et d'un vécu sans changement avec leur vie antérieure.

L'attitude à l'égard de la ménopause semble aussi être influencée par le statut ménopausique. En effet, les femmes interviewées qui ont une attitude négative face à la ménopause sont en majorité pré-ménopausées. Et, inversement, les femmes post-ménopausées sont majoritaires à exprimer une attitude positive. À la pré-ménopause, la sensation d'être non préparée suscite inquiétude et angoisse et pourrait contribuer à donner une teinte péjorative à l'arrêt des règles. Une fois les capacités d'adaptation mises en place, il est probable que l'attitude se modifie.

## **Conclusion**

L'un des axes principaux du chapitre a porté sur le vécu ménopausique. Il s'agissait de mettre en exergue les conséquences de la ménopause soulignées par les femmes interviewées et leur manière de concevoir leur corps. Les discours des femmes m'ont permis de relever que chez les Suissesses, l'observation empirique des troubles ménopausiques s'incorpore aux connaissances acquises sur les symptômes de la ménopause. Du fait de sa médicalisation diffuse et de l'influence du référentiel médical, les Suissesses relatent les troubles dont elles ont déjà longuement entendu parler et auxquels elles ont été socialisées avant que ne survienne l'arrêt des règles. Les Camerounaises, quant à elles s'appuient davantage sur la « dimension expérientielle » (Burton-Jeangros 2004), sur une observation quotidienne des changements qui accompagnent l'arrêt des règles. Les symptômes de la ménopause restent peu connus, parce qu'ils ne font pas l'objet d'une forte médiatisation et, le plus souvent, ils ne sont corrélés à la ménopause qu'une fois celle-ci survenue ou confirmée. Il n'existe donc, chez ces Camerounaises, qu'un faible lien entre le fait d'être informé et celui d'éprouver les troubles à l'arrêt des règles. Néanmoins, Suissesses et Camerounaises rapportent des troubles que l'on pourrait qualifier de connexes ou transversaux (bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, modifications physiques et corporelles, troubles émotionnels). Dès lors, autant chez les Camerounaises que chez les Suissesses, mais avec des variations, le corps à la ménopause est apparu tour à tour comme un corps qui chauffe, un corps qui échappe, un corps en perte de santé et un corps en proie à de profondes mutations de l'apparence corporelle. La prévalence et la fréquence avec lesquelles les Camerounaises décrivent les troubles ménopausiques, les caractéristiques similaires à celles des Suissesses que l'on peut noter dans leur description du corps ménopausé, permettent d'établir un fait : s'il est vrai que le syndrome ménopausique est largement conditionné culturellement et professionnellement dans les sociétés occidentales (Massé 1995), il n'en demeure pas moins que le stéréotype culturel de la ménopause, selon lequel les femmes occidentales seraient

plus enclines à en éprouver les troubles que les femmes non occidentales, apparaît réducteur et mériterait d'être révisé.

Le chapitre était aussi axé sur les attitudes que les femmes expriment vis-à-vis de la ménopause. Quatre catégories d'attitudes – positive, ambivalente, indifférente et négative – ont émergé dans les deux sociétés étudiées. Mais, les femmes qui rapportent une attitude négative vis-à-vis de la ménopause sont les moins nombreuses dans chaque contexte, ce qui nous éloigne du déterminisme biologique qui considère la ménopause comme un phénomène invariable et assigne un vécu difficile à toutes les femmes. Le vécu des règles, l'environnement socioculturel, familial et conjugal, le niveau d'instruction et l'activité professionnelle, la prévalence et l'intensité des troubles ont été soulignés comme autant de facteurs pouvant influencer, de manière diverse, le vécu et les attitudes à l'égard de l'arrêt des règles, sans les déterminer entièrement. Pour chaque femme, ils interviennent et agissent de manière différente.

Les représentations, vécus et attitudes à l'égard de la ménopause constituent des dimensions particulièrement importantes de l'expérience ménopausique, au sens de Dubet (1996), car elles orientent considérablement les pratiques utilisées par les femmes pour remédier aux troubles ménopausiques lorsqu'ils existent. Cependant, elles sont, tout autant que les pratiques, influencées par l'intervention d'un certain nombre d'acteurs et construites au cours des échanges avec ces derniers, tel que nous le verrons dans le chapitre suivant.



## **CHAPITRE VI. SOURCES DE SAVOIRS PROFANES ET INTERACTIONS AVEC LES « AUTRUIS SIGNIFICATIFS »**

Sous un angle interactionniste, « toute la vision du monde d'un individu (...) se forme sous l'influence de partenaires différents » (Queiroz et Ziotkowski 1997 : 51). Ainsi, les représentations et les vécus de la ménopause, autant que sa prise en charge par les femmes résultent, en grande partie, des interactions constantes avec autrui. Elles sont influencées par un bagage culturel construit par les confidences entre femmes, par ce que rapportent les médias et ce que disent les praticiens. Il existe donc une pluralité de sources d'informations, non hiérarchisées, qui participent à la construction expérientielle de la ménopause et qui seront décrites dans ce chapitre. La première section du chapitre portera sur les sources d'information non professionnelles tandis que la deuxième se rapportera aux professionnels de la santé et mettra l'accent sur les rapports des femmes avec le gynécologue, figure importante de la gestion de la ménopause dans le contexte actuel de sa médicalisation.

### **I. LES SOURCES D'INFORMATION PROFANES**

Les sources du savoir profane non professionnelles se rapportent aux conceptions véhiculées à travers les échanges quotidiens avec les membres du réseau social auquel appartiennent les femmes. Quel que soit le contexte, toutes les interlocutrices ont mentionné, mais à des degrés différents, plusieurs acteurs, considérés comme étant des « autrui significatifs » au moment où elles abordent cette phase de la vie. Il s'agit, en l'occurrence, des médias, des pairs, du conjoint, de la mère et des enfants. Leur influence auprès des femmes varie d'un milieu socioculturel à l'autre.

## **I.1. LES MÉDIAS**

La référence aux médias diverge selon le contexte socioculturel des femmes. Chez les Camerounaises, elle reste marginale. Quelques-unes d'entre elles, ayant un niveau de scolarisation supérieur, affirment avoir noté ou lu des explications biomédicales de la ménopause sur Internet ou dans des ouvrages, mais elles restent très peu nombreuses.

En revanche, chez les Suissesses, les médias occupent une place importante dans l'information des femmes sur la ménopause. Une majorité des femmes déclare avoir eu des informations sur l'arrêt des règles, ses conséquences et ses traitements dans les journaux quotidiens, les magazines féminins, la télévision (émissions médicales), les ouvrages spécialisés, les prospectus dans les cabinets de gynécologie ou sur Internet, pour celles qui y ont recours. Les femmes utilisent plusieurs de ces sources, simultanément ou successivement :

Il y a des livres et puis je m'intéresse quoi. Je veux savoir. Avant je n'avais pas Internet, mais je lisais des livres de médecine des trucs comme ça que je trouvais, puis de temps en temps des journaux de pharmacie qui parlent de la ménopause et des problèmes qu'on peut avoir. Il y a les journaux. Moi je lis souvent *Top santé*. Il y a souvent des articles sur la ménopause, les traitements. Avec Internet maintenant, je cherche aussi des informations. (Bernadette, Suisse, 61 ans, FFNE)

Chez des gynécologues il y a des livrets qui vous disent les symptômes de la ménopause. C'est bon de savoir. Je me suis assez bien informée, j'ai un peu lu sur Internet. Puis, s'il y a une émission qui passe, ou quelque chose dans un journal, je regarde. On discute aussi avec les copines. (Berthe, Suisse, 59 ans, FFNE)

Mais la recherche effrénée d'informations dans les médias n'est pas la préoccupation de toutes les Suissesses. Clémentine et Carmen affirment ainsi que sans être à l'affût de l'information, elles lisent ce qui leur tombe sous la main :

À 50 ans, le gynéco nous donnait des papiers et on a lu : des documents sur la ménopause, ou d'autres maladies, on lit. Je n'ai pas cherché à en savoir plus. (Clémentine, Suisse, 66 ans, cadre retraitée)

Si je tombe sur quelque chose je lis, mais je n'irai pas spécialement chercher des informations sur Internet ou même regarder une émission télé. (Carmen, Suisse, 56.5 ans, travailleuse indépendante)

Toutes ces femmes relèvent, cependant, l'importance de la facilité d'accès à l'information. Celle-ci est souvent considérée comme un bon moyen permettant de comprendre et de mieux gérer la ménopause. Plusieurs Suissesses opposent, d'ailleurs, la richesse des informations mises à leur disposition par les médias à la pauvreté des informations qu'avaient leur mère lorsqu'elles atteignaient cette période de la vie. Certaines sont alors entièrement satisfaites de cette intrusion de la ménopause dans l'espace médiatique alors que d'autres la jugent exagérée : « ils en ont fait une montagne », comme l'a souligné Carmen. Une bonne partie d'entre elles reste aussi critique et prend de la distance vis-à-vis des renseignements diffusés en évoquant les contradictions souvent relevées, les controverses autour des maladies potentiellement graves liées soit à la ménopause elle-même, soit à ses traitements, qui déconcertent bien de femmes génèrent ou accentuent l'incertitude face aux traitements de la ménopause.

## I.2. LES PAIRS

Que ce soit au Cameroun ou en Suisse, plusieurs participantes ont affirmé avoir discuté de la ménopause avec des amies, des collègues, des sœurs ou des belles-sœurs, elles-mêmes souvent engagées dans la transition ménopausique. Les amies et les collègues sont généralement les plus citées :

J'ai des collègues qui ont le même âge, donc on a les mêmes bouffées de chaleur, on en parle, ça fait rigoler. C'est pas rigolo hein... Avant je riais moi aussi, mais, maintenant que je suis dedans ... il n'y a pas longtemps, je parlais avec une infirmière puis elle me disait oh je crois que j'ai une bouffée, ah ben ça y est je crois que j'ai chaud maintenant, c'est bien parce que c'était une frileuse. Elle, elle le prenait comme ça. Et puis je disais, bon ben moi aussi j'étais une frileuse, maintenant je suis devenue moins frileuse, mais... quand même. (Madeleine, pré-ménopausée, Suisse, 52 ans, employée)

Etant dans le métier, j'ai beaucoup d'informations. Je me suis tenue au courant concernant les traitements hormonaux de substitution. Bon, je discute plutôt

avec mes collègues ici et avec mes amies. On parle, on rigole, on compare un peu les expériences. (Christine, Suisse, 54 ans, cadre)

J'en parle souvent avec mes amies. D'ailleurs toutes mes amies commencent à avoir ce genre de problèmes, donc on en parle très souvent. On se change un peu nos impressions et chacune dit comment ça se passe pour elle. (Laurette, Camerounaise, 50 ans, cadre)

Moi, je n'avais jamais entendu parler des bouffées de chaleur. C'est dans les causeries féminines que j'ai appris. Très souvent on arrive à parler des histoires de femmes et à l'occasion je capte certaines informations. Maintenant, je discute aussi avec ma sœur, parce qu'elle l'a eu avant moi. Elle me dit un peu comment ça s'est passé pour elle. (Roberta, pré-ménopausée, Camerounaise, 48 ans, cadre)

Les discussions entre les femmes portent principalement sur les irrégularités des règles ou sur les troubles attribués à la ménopause. Il s'agit d'une comparaison d'expériences ménopausiques qui leur permet de dédramatiser ce qui leur arrive. Carmen, qui exprime sa gêne à parler de sa ménopause, reconnaît tout de même que les discussions avec les copines sont réconfortantes :

J'écoute plus que je n'en parle. C'est une espèce de réserve qui part de l'éducation même de mon enfance. Chez moi nous ne parlons pas de certains sujets. Mais, elles en parlent, mais au début ça me choquait, maintenant je trouve ça plutôt sympathique parce qu'on est toutes au même niveau, au même point et c'est même rassurant de se dire, mais dans le fond, on n'est pas seule. Elles l'ont, ah ça je l'ai aussi... (Carmen, Suisse, 56.5 ans, travailleuse indépendante)

En effet, on décèle un processus d'élaboration profane de transmission d'expériences et de modèles de la ménopause. Les pairs, que ce soit au Cameroun ou en Suisse, interviennent comme référence, ce qui aboutit à l'établissement de certaines normes (âge de la ménopause, symptômes caractéristiques de la ménopause) auxquelles les unes et les autres s'identifient. En rapport à ces normes, certaines pourront ainsi affirmer avoir été ménopausées plus tôt ou plus tard, avoir des symptômes plus ou moins gênants que d'autres.

La discussion entre pairs porte aussi sur les pratiques de gestion de la ménopause :

On discute aussi de comment on gère un peu ça. Il y en a qui n'ont jamais rien pris, mais qui ont des bouffées de chaleur, des copines qui ont des problèmes. Il y en a d'autres qui prennent les traitements ou les suppléments de soja. On

dit ce qu'on prend ou ce qu'on fait pour gérer. (Maria, Suisse, 64 ans, cadre retraitée)

J'en avais parlé avec des collègues et puis j'ai une collègue qui a eu ces problèmes aussi de vapeurs qu'elle n'arrivait pas à gérer, ils lui ont donné des patchs. Elle m'a dit qu'après deux semaines, elle sentait déjà la différence. Alors c'est vrai que je m'attendais un peu à ce genre de solution, mais ils (les médecins) ne me l'ont pas donné. (Marielle, pré-ménopausée, Suisse, 50 ans, cadre)

J'ai une amie qui m'a dit que le docteur lui a prescrit Agreal pour ses bouffées de chaleur parce qu'elle dégoulinait souvent de sueur. Mais, moi je n'ai quand même pas envie de prendre. (Theresa, Camerounaise, 50 ans, employée)

Les femmes partagent ainsi entre elles les stratégies mises en œuvre pour venir à bout des symptômes lorsqu'ils existent. Elles peuvent aussi partager les effets des produits prescrits et utilisés, plus particulièrement les Suissesses. Les échanges sur les traitements alternatifs se retrouvent uniquement chez les Suissesses, ceux-ci n'étant pas prisés par les Camerounaises. L'impact des pairs peut être significatif comme on le voit avec Marielle, qui a souhaité recourir au THS après en avoir parlé avec sa copine.

Enfin, les échanges entre pairs portent également sur l'avis des gynécologues vis-à-vis de la ménopause et de ses traitements. Une fois de plus, les femmes déclarent que la pluralité d'informations récoltées auprès de ces derniers les laisse souvent perplexes et déconcertées.

### 1.3. LE CONJOINT

Les sources d'informations profanes ne sont pas exclusivement féminines. Elles sont aussi masculines, spécifiquement chez les Camerounaises, comme Marianne qui déclare avoir reçu l'information sur la ménopause auprès de son conjoint :

C'est mon mari qui m'a expliqué. Il m'a même dit que quand la femme est en ménopause, « les lèvres d'en bas » diminuent d'épaisseur. Il travaillait à l'aéroport, mais il lisait beaucoup. On avait été affecté dans plusieurs pays, Sénégal, Niger. Et quand il lisait, il prenait la peine de m'expliquer, ce qui fait que je n'ai pas craint quand les symptômes ont commencé. (Marianne, Camerounaise, 65 ans, travailleuse indépendante)

Pour la quasi-totalité des Suissesses et une forte majorité des Camerounaises, le conjoint n'est pas une source d'information. Mais, il est, le plus souvent, tenu au courant de l'arrêt des règles : une forte majorité de femmes déclarent avoir informé leur conjoint de la survenue de la ménopause :

On a échangé quelques mots et il n'a rien dit qui m'ait marquée. On ne s'est pas attardé sur la question, d'abord est-ce que c'est son problème, c'est le mien. (Alexia, Camerounaise, 58 ans, cadre)

*Avez-vous parlé de vos troubles de règles avec votre partenaire ?* Oui. Moi, je suis très libre et j'aime que l'autre soit informé de ce qui se passe dans mon corps. Mais, c'est vrai que souvent, lui, il se contente seulement d'écouter et je ne sais pas trop ce qu'il en pense (Roberta, pré-ménopausée, Camerounaise, 48 ans, cadre)

Ça ne l'intéresse pas autrement ces trucs. Lui, c'est pourvu que les rapports aillent bien. J'ai juste dit que je n'avais plus les règles et lui n'a rien dit. (Marie-Josée, Suissesse, 59 ans, femme au foyer)

Nous, on n'en parle pas beaucoup.

*Lui avez-vous quand même dit que vous étiez déjà à la ménopause ?* Oui, mais il n'a rien dit. (Martha, Suissesse, 54 ans, FFNE)

Mais, comme le révèlent ces extraits d'entretien, pour la plupart des femmes, le conjoint est souvent considéré comme un témoin indifférent, qui écoute sans donner d'avis (Thöer-Fabre 2005). Mais, il ne s'agit là que du point de vue de mes interlocutrices. N'ayant pas inclus dans cette étude les hommes ou les conjoints des femmes interviewées, il me semble assez difficile de donner leur point de vue ou d'expliquer la nature de ce silence rapporté par les femmes.

Plusieurs femmes déclarent donc qu'elles ne savent pas ce que pense leur conjoint de la ménopause, seul compte le fait qu'il est informé. Cela relève probablement du processus d'individualisation. En effet, même si le corps se livre désormais aux regards, il n'en est pas moins intime, car « tout ce qui touche au corps est de plus en plus vécu comme strictement personnel, essentiel et consubstantiel à la seule personne (...) le corps est à soi, rien qu'à soi, parce qu'il est justement l'évidence du soi. » (Kaufmann 1995 : 65). Cette personnalisation du corps ressort clairement dans ce travail, car les questions relatives à la gestion de la ménopause révèlent

bien l'autonomie corporelle dont plusieurs femmes, Suissesses en particulier, font preuve. Les pratiques de gestion ne concernent, visiblement, que celle qui habite le corps ménopausé. Ainsi, le conjoint ne semble que très peu impliqué dans la prise de décision de recourir à l'hormonothérapie substitutive :

*Avez-vous parlé de l'arrivée à la ménopause avec votre mari ?* Je ne me souviens pas, mais, j'ai dû le lui dire, certainement qu'il était au courant de ce qui se passait dans mon corps.

*Qu'en a-t-il pensé ?* Rien de spécial.

*Avant de prendre le traitement avez-vous discuté avec lui ?* Non. *Pourquoi ?* Ce n'était pas nécessaire. Que je prenne une pastille ou que je n'en prenne pas, c'est personnel, c'est d'abord un choix personnel. C'est mon corps et pas le sien. (Maria, Suissesse, 64 ans, cadre retraitée)

*Vous avez parlé de votre ménopause avec lui ?* J'ai juste dit que je n'ai plus mes règles c'est tout.

*Qu'a-t-il dit ?* Rien. Ça ne le concernait pas. De toute manière c'est mon corps. J'ai voulu prendre le traitement, je l'ai pris, ça n'engage que moi. (Clémentine, Suissesse, 66 ans, cadre retraitée)

Recourir au traitement hormonal relève alors d'une responsabilité individuelle et non sur l'idéal fusionnel censé animer le couple. Mais, même si le conjoint n'est pas associé à la prise de décision de recourir au traitement, on remarque cependant, qu'il n'est pas sans influencer la décision de la femme. Il peut même être considéré, en partie, comme l'un des destinataires des dits-traitements, car ceux-ci sont supposés résorber les conséquences dont il peut pâtir (sautes d'humeur, troubles sexuels).

Dans les relations avec le conjoint, les Suissesses sont majoritaires à mentionner que celui-ci s'est montré compréhensif et à l'écoute des manifestations qu'elles éprouvent à cette période de leur vie :

*Et quand vous avez vos bouffées de chaleur la nuit, ça le dérange ?* Ah oui, ça le dérange parce qu'il a froid, parce que j'enlève le duvet et lui au bout d'un moment il me demande mais tu as toujours chaud ? Je dis bon on va mettre le duvet. Mais, il est très compréhensif, très patient. (Christine, Suissesse, 54 ans, cadre).

J'ai rencontré quelqu'un d'extraordinaire, qui comprend tous ces problèmes, qui est à l'écoute. Je trouve ça fantastique. (Marielle, Suisse)

Tous les conjoints ne sont, cependant, pas à l'écoute. Anaïs souligne ainsi le manque d'attention de son mari :

Oui, des fois je lui disais, tu ne sais pas ce que c'est que d'avoir les vapeurs ou quelque chose comme ça. Des fois je l'agace parce qu'au cours d'une soirée, quand j'ai chaud je prends mon éventail, et il me dit mais arrête ! Ça fait vraiment vieille dame. Vous savez quand vous parlez de vapeur à un homme. Il ne comprend pas. Il vous dit de supporter, mais moi je supporte beaucoup hein mais franchement quand je suis au restaurant avec des amis et que tout d'un coup vous vous mettez à couler comme ça, vous prenez un mouchoir, c'est gênant. Et lui, il n'essaie pas de me comprendre. (Anaïs, Suisse, 61 ans, FFNE)

Avoir un conjoint gynécologue peut aussi se révéler particulièrement difficile. Carmen relève le manque d'écoute et d'attention de son mari, qui découle non seulement d'une plus grande proximité avec cette thématique, mais aussi de son côtoiement de la pathologie grave dans son milieu professionnel qui aurait pour effet de rendre insignifiant le « phénomène ménopause » :

*En avez-vous parlé avec votre mari ?* Pas du tout. Et pas du tout parce que c'est un sujet qu'il refuse obstinément.

*Pourquoi ?* Parce que c'est un sujet qui ne l'intéresse pas. Déjà dans son métier, le problème de la ménopause chez la femme ne l'intéresse pas. Donc il n'a pas l'écoute qu'il devrait peut-être avoir par rapport à ce problème parce que pour lui ce n'est pas un problème. Il s'occupe de problèmes tellement plus graves, que ça c'est un désagrément, ce que je conçois aussi. Donc, je vais dans sa ligne de pensée, mais on n'en parle pas. Quand je dis, j'ai chaud, il me répond, mais bien sûr, tu es trop couverte. Et maintenant si j'évoque ça, c'est toujours soit je suis trop couverte, soit je suis trop habillée. J'ai l'impression qu'il ne veut pas plus entendre qu'il ne l'entendrait chez les patientes.

*Sait-il quand même que vous êtes déjà à la ménopause ?* Il le sait, mais je crois qu'il l'a constaté parce qu'on n'en a pas parlé. Ça n'est pas un sujet très intéressant. C'est un sujet qu'il entend toute la journée dans son travail, donc à la limite, je ne me permets pas de venir l'empoisonner avec un sujet qu'il entend au quotidien. C'est peut-être un handicap d'avoir un mari dans ces branches-là. (Carmen, Suisse, 56.5 ans, travailleuse indépendante)

Les situations où le conjoint quitte sa femme au moment de la ménopause restent absentes de la population des femmes que j'ai rencontrées, que ce soit à Yaoundé

ou à Lausanne. La crainte que le conjoint les quitte pour une partenaire plus jeune est présente, mais elle demeure plus théorique qu'elle ne se matérialise.

#### **I.4. LA MÈRE ET LA FILLE : UNE TRANSMISSION INTERGÉNÉRATIONNELLE PEU PROBABLE**

Que ce soit au Cameroun ou en Suisse, la discrétion voire le silence entre mère et fille entoure encore le passage de la ménopause. Elle apparaît, encore aujourd'hui, d'après le matériau de recherche, comme un sujet tabou dans les échanges mère-fille. Quelques-unes des femmes interviewées, principalement les Suissesses, déclarent avoir dialogué avec leur mère sur les effets liés à l'arrêt des règles. Elles ont alors acquis des informations sur la nature des troubles, leur durée, leur intensité et la façon de les gérer. Certaines rapportent, d'ailleurs, une expérience positive de la mère qui les encourage à ne point recourir au traitement pour juguler les troubles associés à l'arrêt des règles :

J'avais entendu ma mère parler. Et, je crois que pour une femme c'est important d'entendre comment sa mère sa grand-mère ont vécu la ménopause. Ça n'a pas été un problème pour elle, ça ne l'a pas été pour moi non plus. Elle l'a passé sans traitement, je ne vois pas pourquoi je devrais me faire traiter. À son époque, les femmes ne l'ont pas du tout vécu comme je vois mes amies, mon entourage, le vivre comme si c'était une... (Jeannette, Suissesse, 54 ans, femme au foyer)

Pour un grand nombre de participantes, Camerounaises et Suissesses, ni les troubles associés à la ménopause ni les pratiques de gestion ne semblent avoir été abordées avec la mère. Il n'existe donc que peu de transmission du savoir entre générations, comme l'a aussi souligné Vinel (2008) :

Ma mère ne m'a jamais dit un mot sur la ménopause, heureusement qu'il y a des copines. Pour mes premières règles, elle m'avait dit : tu vas voir, tu auras tes règles, c'est compliqué, c'est affreux et puis une fois je devais aller partir en week-end chez une copine je ne sais plus quel âge j'avais, elle a pensé que ça allait me tomber dessus pendant le week-end où j'étais loin. Donc elle a préparé un immense sac. Enfin dans mon souvenir j'ai l'impression que c'était grand comme ça bourré de trucs avec des recommandations sur tout ce qu'il fallait faire. J'ai trouvé ça complètement terrorisant. Et puis pour la ménopause elle n'a jamais dit un mot. (Carine, Suissesse, 58 ans, cadre)

Ma mère elle ne m'a jamais parlé de sa ménopause. Je ne sais pas si elle avait des bouffées ou pas. (Joëlle, Suisse, 59 ans, travailleuse indépendante)

*Ta mère t'avait parlé de la ménopause ?* Non, on ne parlait pas trop de ce genre de choses. Elle ne m'a jamais rien dit à propos (Julia, Camerounaise)

*Votre maman vous a-t-elle parlé de la ménopause ?* Non, à l'époque on ne parlait pas de ces choses-là, même les règles. J'ai aussi appris comme ça, avec les autres filles et mes sœurs. (Mariane, Camerounaise, 65 ans, travailleuse indépendante)

Dans la majorité des cas, la référence à l'expérience de la ménopause de la mère relève principalement de l'observation. Chez plusieurs Suissesses, elle passe par la vue des bouffées de chaleur ou l'observation des variations d'humeur, et renvoie le plus souvent à une représentation négative (Vinel 2008) :

Ma mère a eu les vapeurs jusqu'à 90 ans. Ça la rendait un peu irritable. Elle me faisait lui laver les cheveux deux fois la semaine, c'était toujours aussi à la tête (Anaïs, Suisse, 61 ans, FFNE)

Toutefois, même en l'absence d'échanges, la mère peut être une figure d'identification, comme le souligne Anaïs, pour qui les bouffées de chaleur apparaissent principalement sur le visage et la tête, tel qu'elle l'avait observé chez sa mère. Certaines femmes s'identifient aussi à leur mère lorsqu'elles parlent d'ostéoporose, souvent considérée comme une maladie héréditaire :

Ma mère a de l'ostéoporose. Et moi, j'ai aussi de l'ostéopénie, donc je me dis que c'est peut-être héréditaire et je fais plus attention maintenant. (Martha, Suisse, 54 ans, FFNE)

Ma mère n'a pas d'ostéoporose. Donc. J'espère que je ne l'aurai pas, mais j'essaie quand même de consommer du calcium pour renforcer les os. (Madeleine, pré-ménopausée, Suisse, 52 ans, employée)

Quelques Camerounaises évoquent aussi des manifestations observées chez leur mère, mais celles-ci semblent n'avoir été associées à la ménopause que rétrospectivement :

J'ai vu ma mère souffrir pendant la période avant la ménopause. Elle se plaignait tout le temps qu'elle a chaud, mais on ne savait pas. Maintenant, je crois bien que c'était ça. (Roberta, pré-ménopausée, Camerounaise, 48 ans, cadre)

J'entendais ma mère dire qu'elle a chaud, que son corps brûle comme si on lui a versé du piment dessus. C'est maintenant que je commence à comprendre et je me dis que ça devait être la ménopause (Ludivine, Camerounaise, 50 ans, employée)

Si les participantes sont peu nombreuses à affirmer avoir parlé de la ménopause avec leur mère, elles le sont tout aussi peu à parler de leur expérience personnelle à leurs enfants. Comme dans l'étude de Vinel (2008), les femmes interviewées restent aussi discrètes sur ce passage physiologique. Parler de la ménopause avec ses enfants apparaît encore gênant pour plusieurs femmes, quel que soit le contexte.

Au Cameroun, la ménopause se vit encore de manière assez intime. Elle demeure un sujet tabou dont les femmes parlent peu en public et encore moins avec leurs enfants :

*Avez-vous parlé avec votre fille ?* Non. Je ne vois pas trop l'intérêt de lui dire ça (Theresa, Camerounaise, 50 ans, employée)

*Vous parlez de la ménopause avec vos enfants ?* C'est un domaine tabou. Chaque enfant aussi va découvrir à son tour. (Katia, Camerounaise, 57 ans, cadre)

En Suisse, la ménopause a acquis une certaine visibilité sur la sphère publique. Mais les Suissesses sont aussi nombreuses que les Camerounaises à affirmer qu'elles ne parlent pas de la ménopause avec leurs enfants. Seraient-ils interdits d'ingérence dans une « histoire » qui ne les concerne pas directement ? :

*Avez-vous parlé de la ménopause à vos enfants ?* Pas du tout. Pourquoi ? Pourquoi leur parler de ça. Ma fille elle aura sa ménopause le moment venu. C'est un truc qui arrivera et pourquoi lui en parler maintenant. (Clémentine, Suisse, 66 ans, cadre retraitée)

Ça, je n'en parle pas. C'est de l'ordre de mon intimité ou de l'intimité avec mon mari et donc je n'en parle à aucun cas avec les enfants. (Carmen, Suisse, 56.5 ans, travailleuse indépendante)

S'il apparaît que plusieurs femmes éprouvent de la difficulté à parler de l'arrêt des règles à leurs enfants, certaines Suissesses déclarent, néanmoins, qu'elles seraient disposées à répondre aux questions si les enfants les leur posaient :

S'ils posent des questions, je vais répondre, mais je ne vais pas commencer à en parler comme ça. Je préfère répondre aux questions que d'anticiper. (Martha, Suisse, 54 ans, FFNE)

*Avez-vous parlé de la ménopause avec votre fille ?* Non. Elle vit sa vie. On ne parle pas de ça. Si elle me pose des questions, je lui répondrai avec plaisir. Mais il y a des choses qu'on n'aborde pas. (Joëlle, Suisse, 59 ans, travailleuse indépendante)

Pour le peu de femmes qui affirment qu'elles abordent les questions liées à l'arrêt des règles avec leurs enfants, l'information est surtout destinée aux filles. Les discussions portent généralement sur les manifestations physiques ou émotionnelles éprouvées et sur les possibilités de traitement :

*Avez-vous parlé de votre pré-ménopause avec vos enfants ?* Avec ma fille oui. Je lui parle de ce qui m'arrive, comment je me sens. Je lui ai aussi dit raconté comment s'est passée ma dernière consultation et ce que le gynéco m'a donné. Je me dis que ça vaut la peine, peut-être que ça lui permettra d'avoir des repères quand elle aura la sienne. (Marielle, Suisse)

Oui j'ai parlé avec ma fille. Je lui ai dit que la ménopause me menace. Et quand les troubles des règles et les hémorragies-là ont commencé, c'est elle qui m'a dit d'aller voir le gynécologue. (Julia, Camerounaise)

Les questions relatives à la ménopause restent peu abordées avec les fils, à moins que ceux-ci n'exercent des métiers en relation avec la santé, comme dans l'étude de Thoër-Fabre (2005).

*Vous en avez parlé avec vos enfants ?* J'ai un fils médecin donc il comprend ça, on en a parlé et c'est d'ailleurs lui qui a dit mon mari de bien prendre soin de moi désormais parce que je n'étais pas bien. (Berthe, Suisse, 59 ans, FFNE)

Moi, j'en ai parlé avec mon fils parce qu'il est médecin, quand j'avais des soucis et il m'a expliqué que c'est la ménopause. (Florence, Camerounaise, 65 ans, employée retraitée)

En définitive, parmi les sources d'informations non professionnelles, les médias et les pairs sont présentés comme des acteurs importants. Les mères n'apparaissent que de manière peu significative dans l'établissement d'un mode de socialisation alternatif de la ménopause. Le recours aux professionnels de la santé semble alors devenir un palliatif et la consultation médicale un lieu de discussion adapté.

## II. LES SOURCES D'INFORMATION PROFESSIONNELLES

Les sources du savoir professionnelles relatives à la ménopause regroupent « les croyances et les modèles explicatifs transmis par les médecins ou les thérapeutes professionnels de diverses médecines officielles ou parallèles » (Massé 1995 : 249). Même s'il ne s'y résume pas, le savoir des femmes sur la ménopause et ses pratiques de gestion repose, en grande partie, sur les connaissances acquises auprès des professionnels de la santé.

En période de ménopause, les femmes et spécifiquement les Suissesses, en quête d'informations et de stratégies pour gérer cet événement, ont recours à une pluralité de thérapeutes (médecin généraliste, gynécologue ou naturopathe), simultanément ou successivement. Seules les femmes qui adhèrent à la philosophie des médecines alternatives s'adressent aux naturopathes. Pour les Suissesses qui les consultent, les naturopathes, les médecins généralistes et les différents gynécologues ont souvent des avis divergents sur l'arrêt des règles. Cela génère alors ou accentue l'incertitude non seulement face à la ménopause elle-même, mais aussi à ses traitements. Certaines s'appuient d'ailleurs sur cette absence de consensus pour refuser des traitements dont elles craignent de potentiels effets secondaires.

Néanmoins, pour la quasi-totalité des femmes, le gynécologue joue un rôle primordial, car avec la médicalisation de la ménopause, la médecine occupe une place centrale dans la définition et la prise en charge de cette étape de la vie. Ainsi, même lorsqu'elles s'orientent vers la naturopathie pour gérer les troubles qu'elles associent à l'arrêt des règles, un grand nombre de femmes vont, en même temps, s'informer auprès du gynécologue.

L'analyse des entretiens révèle que le gynécologue représente une des sources d'information principales pour les questions relatives à l'arrêt des règles. Pour la plupart des femmes, indépendamment du contexte, il fait figure d'expert et de spécialiste des problèmes féminins. Par son diagnostic et les informations qu'il

fournit, il permet à plusieurs femmes de confirmer leur statut de ménopausée. Pour certaines Suissesses, sous contraceptifs à l'approche de la ménopause, c'est le gynécologue qui, en recommandant l'arrêt du contraceptif, en pratiquant les dosages hormonaux et en leur annonçant leurs résultats les définit comme ménopausée. Dès lors, non seulement il permet d'entériner ou de valider les transformations ressenties comme résultant de l'arrêt des règles, mais c'est aussi vers que de nombreuses femmes s'orientent pour remédier à leurs troubles. En ce sens, le gynécologue apparaît comme le « passeur » (Laznik 2003) de cette étape de la vie féminine.

La grande majorité des Suissesses rencontrées est généralement suivie par un gynécologue depuis la jeunesse. Ces femmes se rendent chez le gynécologue au moins une fois par année (pour effectuer le bilan gynécologique), ou plus en cas d'anomalies ou des problèmes de santé quelconques. Largement sensibilisées aux symptômes attribués à la ménopause, la plupart des Suissesses s'est orientée vers le gynécologue à leur apparition. Les autres ont profité de leur visite annuelle pour les questionner sur les transformations constatées et sur les modalités de gestion :

Mon gynécologue et moi, on a parlé des problèmes que j'avais dès que la ménopause est arrivée. Je devais faire le bilan gynécologique plusieurs mois plus tard, mais j'étais tellement pas bien que je n'ai pas voulu attendre, donc je suis allée le voir (Bernadette, Suissesse, 61 ans, FFNE)

Normalement j'y vais une fois par an, et c'est depuis très longtemps. Quand la ménopause est arrivée, j'en ai parlé avec lui. C'est vrai que je savais ce que c'était, mais je trouve que c'était important de discuter avec lui, ne serait-ce que par rapport à tout ce qu'on lit qui peut parfois contrarier. (Christine, Suissesse, 54 ans, cadre)

*Vous allez souvent chez le gynécologue ?* Oui, au moins une fois par année, pour le contrôle gynécologique. Et si j'ai un souci, peut-être un peu plus.

*Et avant la ménopause ?* C'était pareil. Et quand la ménopause est arrivée, on en a aussi parlé. J'avais déjà une idée sur les symptômes et comme j'avais constaté que je les avais, on en a parlé. Il m'a confirmé que c'était ça et il m'a donné un traitement. (Maria, Suissesse, 64 ans, cadre retraitée)

La ménopause ne semble pas représenter un sujet délicat à aborder avec le praticien. De plus, les débats médiatisés sur les conséquences de la ménopause et

ses traitements ont aussi encouragé certaines femmes à demander l'avis de leur gynécologue pour avoir des éclaircissements. Pour de nombreuses Suissesses, le gynécologue ne représente pas uniquement une source d'informations, il est aussi celui vers qui elles se tournent pour obtenir des traitements capables d'éradiquer les troubles qu'elles ressentent.

Les Camerounaises, quant à elles, fréquentent peu le gynécologue, malgré le rôle central qu'il joue. Seules trois d'entre elles déclarent consulter régulièrement le gynécologue depuis plusieurs années (au moins une fois par année comme la plupart des Suissesses interviewées). Ces femmes partagent en commun le fait d'appartenir à un milieu social favorisé et d'avoir un capital culturel élevé, mais elles expriment cependant des raisons différentes :

On en avait déjà parlé, il m'a dit c'est normal qu'à mon âge ce soit comme ça même s'il est vrai qu'il y a des femmes qui ont la ménopause tôt et d'autres tard.

*Vous avez dit que vous allez le voir chaque année ? Oui.*

*Pourquoi ?* Quand j'ai eu 40 ans il m'a dit qu'il faut faire le bilan gynécologique chaque année, le frottis et autres.

*Mais d'où vous vient l'habitude d'aller chez le gynécologue ?* Quand j'étais jeune fille je n'en avais pas eu l'habitude en tant que tel. La première fois c'est parce que j'étais enceinte et que je voulais enlever la grossesse. Il m'a donc fait une IVG et après ça il m'a demandé de souvent faire les prélèvements vaginaux pour voir si tout va bien parce les MST chez la femme ont un temps d'incubation long. C'est donc cette peur d'en attraper qui m'a toujours poussée à y aller et aussi le désir de contrôler toujours mon état de santé. Puis quand j'ai commencé à faire des enfants, c'est devenu une habitude. Il faut toujours savoir où on en est quand on a les rapports. Même quand on est marié, il faut toujours le faire parce qu'avec nos époux qui vagabondent... depuis que j'ai eu 40 ans je fais systématiquement chaque année.

*Vous allez souvent chez le même gynécologue ?* Oui, dès qu'il va à la retraite, je change et ensuite je garde celui que j'ai choisi, je pense que c'est mieux comme ça, parce que ça vous permet de mieux vous connaître. (Laurette, Camerounaise, 50 ans, cadre)

*Vous avez l'habitude d'aller chez le gynécologue ?* J'ai des myomes, mais mon gynécologue m'a dit qu'on ne m'opèrera pas, que c'est dû au circuit hormonal et que ça peut se résorber à la ménopause.

*C'est le même gynécologue que vous avez ?* Oui, depuis plusieurs années.

*Et vous allez le voir à quelle fréquence ?* Depuis qu'on a découvert que j'ai les myomes, je vais le voir au moins une fois par an, du moins une fois volontairement et les autres fois si j'ai un problème.

*Trouvez-vous important d'aller chez le gynécologue ?* Oui, surtout désormais puisque l'expérience a prouvé en Afrique que c'est vers la fin, enfin quand on tire vers la ménopause, qu'on rencontre certains problèmes d'ordre gynécologique. Je crois donc que c'est nécessaire de le faire. (Roberta, pré-ménopausée, Camerounaise, 48 ans, cadre)

*Allez-vous souvent chez le gynécologue ?* Oui, j'ai au moins un rendez-vous par an pour le suivi de mon traitement hormonal et pour voir s'il y a d'autres problèmes dans mon corps. (Sophie, Camerounaise, 61 ans, cadre)

Toutes les autres Camerounaises affirment qu'elles ne consultent le spécialiste en gynécologie que de manière sporadique et ponctuelle, en présence de troubles qui, selon elles, relèvent de la compétence de ce praticien :

*Allez-vous souvent chez le gynécologue ?* Quelques fois, si j'ai un problème. Pour l'instant je n'en ai pas je n'ai aucun signe qui pourrait m'amener à aller le voir, donc je ne vois pas pourquoi j'irai consulter (Katia, Camerounaise, 57 ans, cadre)

Comme je l'ai déjà souligné, les frais médicaux sont, la plupart du temps, à la charge des consommateurs. Dès lors, il ne semble pas souvent pertinent pour plusieurs personnes de consulter un médecin alors qu'elles se considèrent en santé. Les motifs comme ceux de la prévention de certaines maladies ne font, généralement, que peu d'effet face à la situation économique qui reste précaire pour un bon nombre d'individus. Seuls des troubles concrets, conduisent donc, très souvent, chez le médecin. Dans cette même logique, c'est parce qu'elles ont observé des troubles du cycle menstruel (irrégularités des règles, règles plus ou peu abondantes, règles plus douloureuses) que plusieurs interlocutrices, bien qu'elles affirment qu'elles fréquentent peu le gynécologue, déclarent aussi l'avoir consulté au moment de la ménopause :

Quand les troubles-là ont commencé je n'ai pas pu imaginer que c'était ça. J'avais 38 ans, donc, je suis allée chez le gynéco. C'est lui qui m'a dit que c'est ça. Il m'a dit prépare-toi déjà à la ménopause. C'est précoce mais il faut savoir que c'est ça qui est en train d'arriver.

*Et pourquoi aller chez le gynécologue ?* Puisque c'est lui qui s'occupe des femmes. Et il m'a envoyé faire les examens. Puis il a eu les résultats et il m'a dit que ce n'est rien de grave, que c'est la ménopause. (Jocelyne, Camerounaise, 53 ans, employée)

Je ne comprenais rien à ce qui m'arrivait. Quand j'ai commencé à dire que j'avais mal à la tête et que j'avais cette chaleur, une amie m'a dit que ce sont les bouffées de chaleur parce qu'on lui avait enlevé l'utérus, à cause d'un cancer et c'est elle qui m'a dit d'aller consulter. Quand je suis allée à l'hôpital, on m'a dit la même chose. J'ai entendu le docteur dire que ce sont les symptômes de la ménopause. Quand je lui ai décrit tout ce que j'ai, il a dit « ah on sent que c'est la ménopause ». (Julia, pré-ménopausée, Camerounaise, 52 ans, femme au foyer)

*Avant que la ménopause n'arrive aviez-vous déjà des informations là-dessus ?* J'avoue que non. Vous savez que chez nous en Afrique le domaine de la sexualité, le domaine du corps de la femme, c'est des domaines qu'on n'aborde pas souvent. Parce que chez nous, la petite fille ou le petit garçon est amené lui-même à découvrir les changements physiologiques de son corps. Ce n'est pas la maman qui viendra te dire, tu découvres. J'avais les règles qui disparaissaient et qui revenaient pendant deux ans. Il y avait aussi une abondance des règles. Ça a commencé à m'inquiéter. C'est là où je me suis décidée à aller le (gynécologue) voir. (Katia, Camerounaise, 57 ans, cadre)

Pour ces Camerounaises, la consultation apparaît comme une occasion de déterminer la réalité objective de ce que la sensation subjective traduit. Donc, le gynécologue représente une figure particulièrement importante : c'est lui qui, par son diagnostic, permet (le plus souvent en dehors de leurs pairs) de mettre un nom sur les troubles qu'elles ressentent et rapportent. Mais, il semble être utilisé, pour la plupart, uniquement comme une source d'information, car une fois les informations obtenues, un grand nombre de femmes interrompent les visites médicales, l'arrêt des règles relevant pour elles, d'un processus naturel de la vie :

*Allez-vous chez le gynécologue ?* Rien qu'en 2003, quand mes troubles des règles ont commencé. Maintenant, je sais ce qui se passe, donc je n'ai plus besoin d'aller le voir. (Frieda, Camerounaise, 53 ans, cadre)

Pour les Camerounaises qui sont sensibilisées aux troubles de la ménopause de par leur formation professionnelle comme Alexia, enseignante de puériculture et

Theresa, infirmière, consulter le gynécologue pour les questions relatives à l'arrêt des règles ne s'avère pas nécessaire, sans doute pour les raisons économiques déjà évoquées :

*Allez-vous chez le gynécologue ?* Moi, je ne pars pas, même depuis la ménopause. Je sais déjà ce que c'est. Je vais aller le voir qu'il va encore me dire quoi ? (Alexia, Camerounaise, 58 ans, cadre)

*Allez-vous souvent chez le gynécologue ?* Oui, si j'ai une maladie ou que je sens qu'il y a quelque chose qui ne va pas dans mon ventre.

*Et vous êtes allée le voir quand la ménopause est arrivée ?* Puisque je trouve que ce n'est pas une maladie, je vais perdre mon temps pour aller discuter avec lui pourquoi ? Perdre le temps et l'argent. (Theresa, Camerounaise, 50 ans, employée)

Bien qu'il se présente pour la majorité des participantes, indépendamment du contexte, comme étant une figure importante à ce moment de leur vie, les femmes et particulièrement les Suissesses ont des avis divergents quant à l'attitude de ces praticiens à l'égard de l'arrêt des règles.

## **II.1. LES FIGURES DU GYNÉCOLOGUE**

L'expérience de la ménopause s'inscrit dans un tissu de relations sociales, parmi lesquelles la relation avec le médecin et plus spécifiquement le gynécologue. Suivant les femmes et le contexte, celui-ci est décrit sous des angles assez différents. Les Camerounaises se sont très peu prononcées sur l'attitude du gynécologue et manifestent de manière générale une plus grande confiance à leur égard. En revanche, les Suissesses interviewées décrivent des attitudes de gynécologues assez variables.

En effet, une minorité de Suissesses (6), décrit des relations satisfaisantes avec le gynécologue dues, en grande partie, à une prise en charge de longue date par le même praticien, souvent dès la première grossesse, et à une grande proximité de leurs centres d'intérêt (hobbies), résultant du fait qu'ils se connaissent depuis

longtemps. Ces femmes décrivent alors des praticiens, assez à l'écoute et disposés à leur fournir les explications dont elles ont besoin :

J'ai un excellent contact avec mon gynécologue. Si je pose des questions, il m'explique bien. Quand mes règles ont commencé à être perturbées, on en a parlé. Il ne dit pas il faut faire ceci ou cela. On discute, il propose et après on décide ensemble. Il prend énormément de temps et est entièrement à l'écoute. J'ai eu mes enfants avec lui, il connaît mon mari. Donc on a un très bon rapport. (Sonia, Suisse, 59 ans, cadre)

Il est très sympa. On parlait de nos hobbies, de nos voyages. Il rassure. Il s'investit complètement et pose des questions très personnelles. Et quand la ménopause est arrivée, on en a suffisamment discuté. Il prend la peine de bien m'expliquer les choses. (Clémentine, Suisse, 66 ans, cadre retraitée)

Mais, pour plus de la moitié des Suissesses, même si elles déclarent être satisfaites des informations que leur fournit le gynécologue sur la ménopause, elles sont aussi nombreuses à décrire des relations peu satisfaisantes avec lui. La plupart de leurs plaintes à l'encontre de ces praticiens relève moins de la compétence qu'elles leur reconnaissent que de leur manière de communiquer. Certaines rapportent particulièrement la froideur du gynécologue, son manque de dialogue et d'explications claires aux questions posées :

C'est des réponses qui sont toujours très courtes. Il n'essaie pas vraiment d'expliquer ce que c'est que le phénomène de la ménopause. Il n'y pense pas. Je prépare la rencontre avec lui comme une réunion de bureau parce qu'il est assez froid et je sens qu'il faut vraiment préparer son truc pour pouvoir apprendre et ne pas me laisser déborder par mes émotions. Je ne me sens pas pressée par le temps, il demande ce qui va, ce qui ne va pas mais si on n'est pas précis, il ne va pas essayer de chercher autre chose. Il faut dire la chose précisément, il ne comprend pas les allusions. Il faut être tangible. Il faut savoir exprimer ce qui ne va pas. Si non, lui, il ne va pas chercher plus ou essayer de dialoguer. Il n'a pas ce côté chaleureux... (Martha, Suisse, 54 ans, FFNE)

Bien que la ménopause soit médicalisée et occupe une place importante dans l'espace public et médiatique, plusieurs autres femmes déplorent le manque d'intérêt des praticiens à l'égard de l'arrêt des règles. Ceux-ci semblent plus intéressés, selon elles, par l'obstétrique. Cette remarque semble valable pour les gynécologues des deux sexes, car les femmes font ce constat autant pour les médecins hommes que femmes :

Je trouve que les gynécologues devraient parler un peu plus. Moi j'ai l'impression qu'ils s'en foutent un peu à cet âge-là. Ils aiment bien l'obstétrique, mais le reste ça leur casse un peu les pieds quoi. C'est un sujet qu'ils n'aiment pas trop, ils s'en fichent de nous. Mon gynécologue, je ne trouve pas qu'il prend vraiment ça très au sérieux. On voudrait quand même voir qu'ils s'y intéressent. Moi, j'ai l'impression que pour lui c'est pas un problème la ménopause.

*C'est parce que c'est un homme ?* Non, je ne pense pas que les hommes soient différents des femmes, sinon j'aurais changé. Ils ont tous la même formation et je crois que maintenant, ce qui intéresse le plus c'est vraiment l'obstétrique et tous les problèmes que cela entraîne. Avec la ménopause, le problème c'est surtout l'ostéoporose. Dès qu'il s'avère qu'on ne l'a pas... (Coralia, Suisse, 54 ans, employée)

Je ne trouve pas qu'il ne s'intéresse pas vraiment à la ménopause. C'est plutôt les femmes qui vont avoir des bébés ou à la procréation artificielle. Je dirai que la ménopause, c'est la partie pauvre de la gynécologie. Avec nos bouffées de chaleur, on n'intéresse pas vraiment. Peut-être aussi qu'ils entendent ça toutes la journée et ils finissent par se lasser.

*Vous pensez que les gynécologues femmes sont différentes ?* Non, je ne le crois pas. J'ai des amies qui ont des gynécologues femmes et quand on discute on fait, toutes, cette remarque. (Berthe, Suisse, 59 ans, FFNE)

Ces affirmations rappellent bien le constat d'Héritier-Augé (1998) selon lequel les femmes, potentiel de maternité, deviennent inutiles dès qu'elles ne le sont plus. La fécondité est contrôlée et maintenue dans des cadres précis de fonctionnement, tandis que la ménopause, dont la conséquence immédiate est l'incapacité à procréer induit une perte de l'intérêt social pour les femmes.

Enfin, le manque d'écoute de certains gynécologues à l'égard des problèmes liés à la ménopause a aussi été exprimé par plusieurs femmes. Les questions relatives à l'écoute semblent, toutefois, très complexes car, si certaines femmes ont tendance à se plaindre des gynécologues qui seraient plus enclins à prescrire un THS – dont elles n'auraient pas besoin – qu'à dialoguer, d'autres leur reprochent de ne pas vouloir le prescrire.

La critique vis-à-vis de la propension à davantage fournir une réponse technique est plus récurrente dans le discours des femmes qui ne font pas usage d'un traitement hormonal substitutif. Celles-ci déplorent le fait que la prise en charge de la

ménopause par les gynécologues soit principalement médicamenteuse. La réponse des médecins apparaît, ainsi, souvent inadaptée à leurs attentes, car se réduisant à une intervention technique et excluant les aspects sociaux et affectifs. Ces femmes manifestent davantage l'intérêt de recevoir de l'attention et des conseils pouvant leur permettre de gérer d'une autre manière les transformations constatées et reprochent ainsi aux gynécologues de faire des prescriptions dont l'objectif semble être d'écourter les consultations :

Au lieu de discuter avec les femmes, on écoute moins, on prescrit plus et comme ça, on s'en débarrasse. (Helena, Suisse, 65 ans, cadre retraitée).

Rares sont les médecins qui proposent autre chose que les hormones. Moi, dès que je suis arrivée à la ménopause, ma gynécologue m'a tout de suite proposé de prendre un traitement, mais je ne l'ai pas voulu. C'est de la facilité parce que c'est peut-être plus difficile de dire aux femmes, faites de l'exercice, habillez-vous en couche. Je crois que les médecins sont aussi débordés comme tout le monde et c'est plus facile de prescrire une ordonnance que de proposer autre chose ou de prendre le temps de discuter. (Lara, Suisse, 62 ans, cadre)

La charge de travail des médecins de même que la durée des consultations semblent en être certaines des raisons explicatives. En effet, au cours des consultations observées (30 minutes), la priorité revient aux examens (général, gynécologique ou sénologique) que doivent délicatement réaliser les praticiens. Ceux-ci prenant généralement beaucoup de temps, lorsqu'ils sont terminés, il ne reste que quelques minutes pour discuter des problèmes soulevés par les patientes ou des éventuelles possibilités thérapeutiques avec leurs bénéfices et risques. J'ai pu constater que lorsque les praticiens s'attardaient à écouter en profondeur les patientes, ils dépassaient le plus souvent les 30 minutes imparties pour une consultation. Ils accusaient du retard pour les patientes suivantes, qui, quelques fois, ne bénéficiaient plus de « leurs » 30 minutes, le médecin étant appelé à d'autres activités cliniques après le temps qui lui est octroyé pour toutes les « consultations de ménopause » de la demi-journée. Dès lors, si les gynécologues accordent un espace restreint à l'expression du vécu subjectif des femmes, cela ne traduit pas forcément une mauvaise volonté de leur part, mais révèle aussi les conditions dans lesquelles ils travaillent.

Sonia souligne, cependant, que la propension à prescrire les traitements hormonaux semble diminuer à cause des nouvelles études qui révèlent, de plus en plus, les effets iatrogènes de ces traitements :

Avant j'avais l'impression que c'était comme prendre de la vitamine C quand on a un rhume. Et maintenant à cause des nouvelles études, il (le gynécologue) a l'air beaucoup plus prudent. (Sonia, Suisse, 59 ans, cadre)

Au contraire des femmes qui précèdent, pour les adeptes du THS, celui-ci témoigne de l'écoute, de l'empathie du médecin et de son intérêt vis-à-vis de ses patientes. Il est un indicateur de la prise en charge par le professionnel, disposé à les soulager de leurs maux ménopausiques. La prescription est, pour ces dernières, l'essence même de la pratique médicale, ce que l'on attend d'un médecin et son refus, même s'il est souhaitable du point de vue médical, peut sembler irrationnel (Van der Geest et Reynolds Whyte 2003) :

Il y en a qui sont plus ou moins compréhensifs, mais souvent j'ai l'impression qu'ils s'en foutent un peu de ce qu'on peut ressentir nous. La moindre des choses serait quand même de faire un effort de m'écouter et de me comprendre, mais souvent... L'année dernière je suis tombée sur une qui n'écoutait absolument pas ce que je lui disais. J'ai dû quitter parce qu'il y avait du monde. Il faut se battre chaque fois pour qu'on me prescrive mon traitement. Avant d'y aller, je m'énerve déjà parce je vais devoir commencer chaque fois à dire non, je ne suis pas d'accord avec vous. Je ne comprends vraiment pas pourquoi ils ont tant de peine à prescrire le THS, sous prétexte qu'il y a des études qui ont été faites. Puis, je me dis aller chez un gynécologue privé, je ne les connais pas... alors je continue d'aller là-bas. J'ai eu mes enfants là et tout se passait bien. (Bernadette, Suisse, 61 ans, FFNE)

Pour Bernadette, en effet, la prescription du THS apparaît comme l'élément fondamental dans sa relation avec le praticien. À travers l'ordonnance qu'elle obtient, le gynécologue lui prouve qu'il est à l'écoute, qu'il reconnaît sa plainte et son problème. Lui prescrire le THS, c'est admettre qu'il y a une justification, voire une légitimité à prendre en charge les troubles dont elle se plaint. Inversement, refuser de le lui prescrire témoigne du doute que le médecin jette sur l'authenticité de sa plainte.

Des relations peu satisfaisantes avec le gynécologue peuvent aboutir au nomadisme médical, comme l'a noté Vinel (2008). Mais, au sein de cet échantillon, qu'elles soient satisfaites ou non, très peu de femmes semblent disposées à changer de spécialiste. On observe une trajectoire assez linéaire du suivi gynécologique de ces femmes qui se traduit par l'utilisation de l'article possessif « mon », « ma » gynécologue. Même pour celles qui s'orientent vers la naturopathie, le maintien du recours à « leur » gynécologue en cas de problèmes relevant de sa spécialité reste assez fréquent. La confiance établie avec le spécialiste et les compétences que les femmes lui attribuent justifient cette non-volonté de changement.

## **II.2. LES INTERACTIONS FEMMES-GYNÉCOLOGUES**

La littérature socio-anthropologique met en relief plusieurs modèles de relations médecin-malade dont je m'inspire pour présenter les rapports que l'on peut observer entre les femmes et les gynécologues à Lausanne et à Yaoundé.

Parsons (1951), analyse la relation médecin-malade dans une perspective fonctionnaliste. Il part du constat selon lequel la santé est nécessaire au bon fonctionnement et à la stabilité de la société. La maladie est, dans ce cas, assimilée à une déviance, à un élément dysfonctionnel pouvant paralyser le système social. Le malade, incapable de s'acquitter de ses obligations sociales constitue une menace pour la société. Dès lors, les soins médicaux deviennent le mécanisme de contrôle approprié pour rétablir l'équilibre social rompu ou menacé par la maladie. Dans ce contexte, Parsons développe un modèle où le malade et le médecin jouent chacun un rôle socialement attendu. Le rôle du malade, selon lui, est fondé sur des droits et des devoirs. Le malade a le droit de se dégager de ses responsabilités, il a le privilège de se considérer comme non responsable de son état et il a le droit à l'assistance. Cependant, pour jouir pleinement de ces privilèges, le malade a le devoir de recourir à la compétence du médecin et de désirer guérir. Se soigner prend ainsi une valeur normative et devient une obligation morale (Herzlich 1991,

2005). Le rôle du médecin est de rétablir l'ordre social en canalisant la déviance que représente la maladie. De par la définition de ces rôles, le rapport médecin-malade est alors asymétrique et consensuel. Il est asymétrique en ce sens que Parsons attribue un rôle actif au médecin tandis que le malade, lui, a un rôle passif. Il est aussi consensuel parce que le malade reconnaît la compétence du médecin et lui est soumis (Adam et Herzlich 2009). Cette passivité et cette soumission du patient à l'autorité médicale ont valu au modèle parsonien l'étiquette de modèle paternaliste, basé sur l'idée que le seul le médecin sait ce qui est mieux pour le patient (Fainzang 2006a).

Le modèle parsonien a fait l'objet de nombreuses critiques. Ont été notamment soulignés son caractère monolithique et normatif, la non-passivité constante des malades, la non-prise en compte de la variation des comportements des malades ou des conflits pouvant exister entre les médecins et les patients (Freidson 1984 ; Baszanger 1986 ; Fainzang 2001 ; Herzlich 2005). Ainsi, prenant le contre-pied de l'approche parsonienne, Freidson (1984) établit un modèle interactionniste de la relation médecin-malade, sous-tendu par le conflit. Pour Freidson, il n'existe pas qu'un seul type de relations médecin-malade car les malades diffèrent « les uns des autres selon les valeurs et les connaissances dont ils disposent d'une part et selon les moyens sociaux qui leur permettent d'affirmer leur point de vue d'autre part » (1984 : 132). Dès lors, il n'y a pas de consensus à priori entre le médecin et le malade et celui-ci n'est pas passif. Quelle que soit la situation thérapeutique, il existe, à des degrés divers, un conflit de perspectives entre le profane et l'expert, le malade pouvant avoir une opinion de sa maladie, « non scientifique », mais divergente de celle du médecin (Freidson 1984).

Plutôt que d'analyser les interactions médecin-patient sous un angle consensuel ou conflictuel, la tendance, depuis quelques années est de les considérer sous un « ordre négocié » (Baszanger 1986 ; Strauss 1992 ; Adam et Herzlich 2009). Le modèle de l'« ordre négocié », élaboré par Strauss, suppose que l'objectif à atteindre n'est pas déterminé d'avance et que l'accord obtenu n'est pas définitif,

mais susceptible d'être redéfini ou remis en question (Adam et Herzlich 2009). Les conflits autant que les consensus occupent une place primordiale dans les interactions et chaque partenaire peut influencer le déroulement et les résultats de la relation thérapeutique. Les échanges entre la pensée scientifique et la pensée profane s'effectuent alors dans les deux sens et « le médecin peut être tout autant influencé par le malade que le malade par le médecin » (Laplantine 1992 : 263). Le modèle autonomiste, qui favorise la liberté pour le patient de refuser ou de consentir aux décisions de son médecin, se substitue alors au modèle paternaliste (Fainzang 2006a). Il joue alors un rôle actif dans sa prise en charge, ce qui laisse entendre qu'« il n'y a pas, ou alors ce sont des exceptions, de malades victimes des médecins » (Laplantine 1992 : 264).

Comme dans toute relation médecin-patient, la relation entre la femme et le gynécologue est loin d'être neutre, car elle met en présence des individus appartenant à des groupes sociaux divers, ayant des visions souvent différentes d'un même phénomène. Soignants et soignés sont, chacun, sous l'influence de leurs représentations et de leur savoir. Dès lors, les pratiques en ce qui concerne la prise en charge de la ménopause sont imputables aux croyances, valeurs et représentations à l'égard de ce phénomène de la part de la femme comme du médecin. Le rapport entre ces deux protagonistes n'est donc pas homogène, mais traduit des rapports de pouvoir qui varient suivant le contexte, le capital culturel de la femme et selon sa manière de se positionner vis-à-vis de l'autorité médicale (Fainzang 2001). Il apparaît ainsi, soit sous une forme asymétrique, soit sous une forme négociée.

### ***II.2.1. Une relation asymétrique***

Une relation de type asymétrique entre les femme et les gynécologues s'observe davantage à Yaoundé, dans un contexte où la toute puissance de la science et de la biomédecine est peu remise en question. Le pouvoir des soignants, ici, découle de la légitimité sociale et de l'autorité accordée à la biomédecine. Le médecin est

perçu comme le détenteur du savoir et comme celui qui peut résoudre les problèmes du patient. Il est donc pleinement actif dans sa relation avec le patient. À l'inverse, le soigné apparaît passif, mais prêt à collaborer. Il s'agit donc d'un modèle de relation médecin-patient paternaliste. Ce paternalisme est compris ici dans le sens que lui attribuent Svensson et Sandlund : « une interférence avec la liberté d'action de l'individu, justifiée par des raisons ayant trait à la sécurité, au bien, au bonheur, aux intérêts ou aux valeurs, bref au meilleur intérêt des personnes concernées » (cité in Massé 2001 : 52)

Tel qu'on l'observe dans le modèle parsonien, le paternalisme dans la relation femme-gynécologue, à Yaoundé, se justifie d'abord par l'expertise supposée du gynécologue quant aux troubles du cycle reproductif féminin et repose sur l'idée « qu'ils savent ce qui est le mieux pour leurs patients » (Fainzang 2006a : 13). Dans cette logique, les gynécologues interviewés expriment la conviction qu'ils arrivent à déceler, de manière verbale ou infra verbale, les désirs de leurs patientes. Ils s'attribuent alors le privilège de décider du type de traitement qui conviendrait le mieux à la patiente (choix entre hormonothérapie substitutive et médicaments phytothérapeutiques, choix entre THS avec ou sans « règles ») :

Elles viennent pour avoir le confort mais elles ne disent pas de manière spécifique je voudrais encore voir mes règles

*Mais quand vous leur faites la proposition de traitement est-ce que vous ne leur présentez pas les deux options ? Ça dépend de la personne que j'ai en face de moi. Si c'est une paysanne de 64 ans que les règles énervaient même déjà, je ne lui fais pas de proposition. Mais lorsque j'ai une dame encore en pleine volonté de s'épanouir, je lui pose la question de savoir si elle veut. Je regarde un petit peu à qui j'ai affaire. Il y en a même si elle ne pose pas ce problème spontanément, vous comprenez par son expression, au métier qu'elle exerce que... et vous lui donnez une formule avec règles. (Docteur F, Camerounais)*

Le choix du traitement et du schéma thérapeutique du THS, dans ce cas précis, semble davantage découler de l'appartenance sociale, connue ou supposée de la patiente et de l'impression que celle-ci donne au médecin, que du désir de la patiente elle-même. Prescrit en fonction de la prestance sociale de la femme, le THS

reste ainsi, pour le Dr. F, une pratique de distinction (Bourdieu 1979) à laquelle ne pourraient accéder toutes les femmes.

Forts de la conviction qu'ils savent le mieux ce qu'il convient à leurs patientes, certains médecins peuvent refuser de combler leurs attentes qui semblent, d'après eux, contraires aux intérêts de ces dernières :

Puisque les symptômes sont dus au manque d'œstrogènes, on leur donne les hormones pour essayer de maintenir le taux d'œstrogène à un niveau où ces symptômes-là diminuent progressivement (...) Si la ménopause est déjà vraiment installée, on ne va plus provoquer les règles. On donne le traitement en continu pour qu'il n'y ait pas de règles. À la pré-ménopause on peut par exemple le faire si la femme n'est pas encore prête et qu'elle n'arrive pas encore à gérer ça. On peut lui prescrire un traitement cyclique qui fait qu'elle continue d'avoir ses règles normalement.

*Vous leur prescrivez toujours le traitement alors ?* Ça dépend. Si je vois vraiment que la femme n'arrive pas à supporter ses symptômes, je le lui prescris. Mais, si je vois qu'il y a une contre-indication ou si c'est le style de patiente, qui quand on lui dit de revenir pour le contrôle, elle ne vient pas, je ne lui prescris pas non plus. Même si elle insiste je ne le lui prescris pas. Je peux lui donner des choses à base de plantes, la phytothérapie. (Dresse. C, Camerounaise)

Ainsi, pendant que certaines femmes se verraient prescrire des traitements dont elles auraient pu se passer, d'autres se verraient refusées les dits-traitements parce qu'ils semblent nocifs pour leur santé. Cette attitude révèle bien le caractère arbitraire du ressenti en tant qu'appréciation du besoin de l'autre (Fainzang 2006a).

L'attitude paternaliste des médecins se manifeste aussi à travers la rétention de l'information sur les effets délétères ou iatrogènes de l'hormonothérapie de substitution, comme cela a déjà été relevé dans le chapitre précédent. Lorsqu'ils présentent cette option thérapeutique à leur patientes, presque tous les gynécologues camerounais interviewés ont tendance à accentuer les bénéfices du THS au détriment de ses inconvénients :

On ne va pas commencer à dire à une femme qui arrive « on va vous faire du bien, mais je crains que derrière vous n'ayez un cancer ». Il faut donc choisir maintenant entre le bien-être et la crainte d'un problème, la crainte

hypothétique. Mais ça existe... Certes on fait de la prévention mais on ne dit pas à quelqu'un « vas, tu vas aller mourir dans cinq ans ». (Docteur F, Camerounais).

*Y a-t-il des patientes qui refusent de prendre un traitement hormonal ?* Non, quand vous leur expliquez les avantages, elles ne refusent pas.

*Vous leur parlez aussi des inconvénients ?* Pas toujours. Les gens sont parfois trop sensibles. Elles vont mal comprendre ce que vous leur dites et retenir simplement que vous leur prescrivez le traitement qui va leur donner le cancer. (Docteur D, Camerounais)

La volonté de taire l'information à la patiente aurait une fonction utilitaire. Il apparaît comme une stratégie thérapeutique censée encourager la patiente à recourir au traitement et repose sur un calcul de risques que le médecin se refuse à partager avec elle (Fainzang 2006a). Cette attitude a pourtant un effet indéniable : ne disposant pas de toutes les informations, certaines femmes qui usent du THS, ne trouvent pas toujours utiles de respecter les modalités de suivi mises en place par le praticien : « si le traitement marche bien pourquoi je vais aller dépenser l'argent juste pour dire au médecin qu'il fonctionne ? » disent souvent certaines. Dès lors, si la plupart des gynécologues interviewés dénoncent la non fidélité des patientes et le non-respect des échéances de suivi médical fixées, ils en portent, en partie, la responsabilité.

La réticence des gynécologues camerounais à exposer les risques de l'hormonothérapie substitutive aux femmes se justifie aussi par la conviction qu'elles ne seraient pas capables de comprendre l'information qu'ils pourraient leur fournir et donc mal l'interpréter, comme l'a affirmé le Dr. D. La question qui se pose alors est de savoir comment le médecin juge avec objectivité la capacité de compréhension de sa patiente et sa compréhension effective de l'information qu'il lui fournit. Ça se sent, affirment-ils, au cours de la consultation et suivant le « type » de patientes qu'ils ont en face d'eux. Mais, cette appréciation subjective ne relève pas uniquement du ressenti du gynécologue. Elle semble dépendre du milieu social connu ou supposé de la femme et du capital culturel qui l'accompagne. Les gynécologues interviewés paraissent plus disposés à exposer les types de

traitements de même que leurs effets secondaires aux femmes ayant un niveau intellectuel plus élevé, réduisant ainsi l'accès à l'information aux autres. Monteillet (2005) a relevé des pratiques similaires dans le cadre de la prise en charge des malades dans les établissements sanitaires de Nkoteng.

Le paternalisme médical est souvent renforcé par l'attitude des femmes qui se reposent sur toutes les décisions du médecin et qui font preuve de docilité vis-à-vis de lui. Cette soumission des patientes au médecin semble découler non seulement du savoir et de la compétence de ce dernier dans un domaine qui n'est pas le leur, mais aussi de sa conviction que ce qu'il décide est forcément le mieux pour elles :

Je suis allée voir le gynécologue et il m'a dit qu'il ne voudrait pas me prescrire des produits contre la ménopause, que je supporte parce que de toute façon ça va finir. Je l'ai donc écouté. J'ai supporté comme il me l'a dit, mais c'était vraiment pénible (...) Les gynécologues avec leurs patients, c'est plus souvent comme l'élève et son maître à l'école. Dès lors que mon gynécologue m'a fait croire qu'on pouvait s'en sortir sans soin, j'ai accepté (Roberta, pré-ménopausée, Camerounaise, 48 ans, cadre).

*Quand tu es allée voir le gynécologue a-t-il prescrit quelque chose ?* Il m'avait prescrit un remède et j'ai même déjà oublié le nom.

*Ça servait à quoi ?* Je sais même... C'était peut-être pour les bouffées.

*Et toi tu as pris sans lui demander ce que ça soigne ?* Mais, il m'a dit de prendre et j'ai pris. S'il m'a donné ça, c'est qu'il a pensé que ça allait m'aider. (Jocelyne, Camerounaise, 53 ans, employée)

Comme Roberta et Jocelyne, la majorité des Camerounaises interviewées ont davantage une relation de type *clérical* avec le gynécologue dans laquelle celui-ci est considéré comme « celui qui sait » (Hammer 2006). Elles ont alors tendance à ne pas vouloir interférer avec ce qui relève de la compétence du médecin quant aux choix à effectuer et aux décisions associées à leur corps et leur santé. Hammer (2006) décrit la confiance clérical comme étant aussi statutaire. Autrement dit, la confiance en son médecin (celui dont on parle et qu'on consulte à un moment donné) ne vaut pas seulement pour lui, mais pour les médecins en général. Dans la même logique, si les Camerounaises s'en remettent à leurs gynécologues et s'abstiennent de tout jugement sur la qualité de leur travail, cette remarque n'est

pas uniquement valable pour la ménopause et pour les gynécologues. Les femmes et la population camerounaise en général, ont une grande confiance à l'égard des médecins et de la biomédecine. Les longues années de formation, les diplômes obtenus sont autant d'éléments pouvant garantir de leur savoir-faire.

L'analyse des entretiens révèle peu de situations similaires en Suisse. Les femmes semblent davantage manifester une indépendance à l'égard des décisions prises par les gynécologues et ces derniers apparaissent plus disposés à collaborer avec leurs patientes quant à la prise en charge des troubles associés à l'arrêt des règles. Cependant, lors des « consultations de ménopause », il a été observé que toutes les patientes n'aspiraient pas à participer à la décision médicale, certaines revendiquant un rôle passif dans la prise en charge. Elles adoptaient une attitude de dépendance vis-à-vis du médecin et attendaient de celui-ci qu'il se montrât plutôt dirigiste ou paternaliste. Ainsi, tout en disposant de l'information, certaines femmes peuvent choisir d'exprimer leur autonomie en autorisant le médecin à prendre toutes les décisions, et donc « décider de ne pas décider ».

Toutefois, la soumission à l'égard du médecin, au sein d'une consultation, n'équivaut pas toujours à une soumission à sa prescription. Elle ne signifie pas forcément que le patient observe sans mot dire ce que le médecin lui conseille. Comme le montre Fainzang (2001), nombreux sont les patients qui ne veulent pas risquer de contrarier le médecin en refusant ouvertement sa prescription, mais qui, une fois sortis du cabinet médical décident de ne point s'y conformer. Lorsque le médicament est prescrit, le patient rentre, en effet, dans la phase « privée » de l'ingestion du produit, qui correspondrait, selon Massé (1995), à une forme d'automédication. Il décide lui-même du moment où il consommera son traitement, de la fréquence de la consommation, de la quantité de comprimés qu'il prendra, voire de la pertinence de les consommer ou non (Massé 1995). Dans ce sens, il a été noté que certaines Camerounaises affirment avoir abandonné les traitements qui leur ont été prescrits quelques jours ou semaines plus tard. Si Jocelyne avoue que lors de la consultation suivante, elle a révélé à son médecin avoir arrêté le

traitement qu'il lui avait prescrit, il n'en est pas de même pour Marianne et Frieda, qui n'y sont plus retournées. Massé (1995) explique cette non fidélité à la médication par l'existence d'un savoir populaire sur la nature, les fonctions, les dangers et l'efficacité des médicaments prescrits, auxquels j'ajouterais la signification du phénomène à traiter comme ici, la ménopause, fait naturel et inéluctable, transition de vie. La non soumission du patient à l'égard de la prescription sous-entend de sa part, une certaine autonomie, même si celle-ci semble moins prononcée que dans un modèle de partenariat et de décision partagée.

### ***II.2.2. Une relation de type négocié : la fin du patient soumis***

Il s'agit du modèle de la décision partagée qui reconnaît au patient un droit à l'information et qui encourage sa participation à la décision médicale (Fainzang 2006a). Dans ce modèle, le médecin n'est plus seulement l'expert, il est aussi l'éducateur qui contribue à la construction de la compétence profane. Ce modèle est davantage observé en Suisse. Dans ce pays, comme dans la majeure partie des pays occidentaux, il semble désormais « admis que le malade est passé d'objet à sujet et que la relation dans laquelle il est engagé avec son médecin est une relation contractuelle, en vertu de quoi il partage avec lui la responsabilité et la décision en matière d'orientation thérapeutique, faisant ainsi preuve de son autonomie » affirme Fainzang (2006a : 15). L'analyse du matériel ethnographique a permis de relever la participation active de certaines Suissesses à leur projet thérapeutique et d'envisager la relation femme-gynécologue dans cette perspective.

En effet, on ne saurait considérer, au vu des résultats obtenus, que les médecins et les femmes sont obligatoirement dans une relation asymétrique où seuls les premiers indiquent la conduite à tenir, les secondes devant la subir. Les profils sont plus diversifiés et la situation nettement moins dualiste. Les femmes font explicitement part de ce qu'elles désirent et peuvent exprimer un point de vue contraire à celui du médecin, manifestant ainsi une certaine autonomie. La patiente

est, ici, l'indispensable alter ego d'une recherche entreprise en commun, comme l'attestent ces extraits d'entretien avec les gynécologues :

Souvent les femmes qu'on voit elles viennent déjà avec une demande et elles savent ce qu'elles veulent (...) Donc, après on discute et on voit ensemble ce qu'il faut faire. (Docteur I, Suisse)

*Y a-t-il des patientes qui ont des symptômes et qui ne veulent rien prendre ?* Ça dépend, il y en a qui viennent et qui disent aidez-moi. Il y en a aussi qui viennent pour un contrôle annuel mais elles ne demandent rien et si on leur demande : vous n'avez pas de bouffées de chaleur ? Elles disent si si j'ai des bouffées de chaleur. Vous voulez prendre quelque chose ? Elles disent non, je fais avec, en fonction de ce que veut chacune. (Docteur O, Suisse)

Les entretiens avec les Suissesses étayent aussi cette argumentation :

*C'est le gynécologue qui vous a proposé le traitement ?* On en a discuté ensemble parce que je ne voulais pas prendre quelque chose qui augmenterait les risques d'avoir un cancer du sein étant donné mes antécédents. Il m'a dit que le Livial est mieux.

*Vous a-t-il parlé des avantages et des inconvénients ?* Oui on en a discuté et il m'a dit ça va bien le Livial, il n'y a pas d'influence sur le cancer du sein, alors je l'ai pris. (Berthe, Suisse, 59 ans, FFNE)

Mon gynécologue m'a proposé les patchs mais moi je ne veux pas quoi. Je n'ai pas envie de chopper le cancer. Donc, je lui ai dit non et il n'a pas insisté. Ensuite, il m'a proposé des médicaments phytothérapeutiques. Comme c'est à base de plantes et qu'il n'y a pas les mêmes inconvénients qu'avec les hormones, j'ai pris, pendant un moment. (Coralie, Suisse, 54 ans, employée)

Ces extraits d'entretien révèlent la prise en compte, dans le projet de soin du gynécologue, des besoins et des intérêts de ses patientes tels qu'elles les ressentent. Les modalités de l'intervention sont alors négociées, rediscutées (au fil des consultations) et constamment clarifiées en termes d'avantages et d'inconvénients des diverses options thérapeutiques. Cela s'observe aussi lors des « consultations de ménopause » où, généralement, après avoir entendu le motif de sa visite, procédé à l'anamnèse habituelle autour de son état de santé et aux examens cliniques, le médecin entretient une discussion avec la patiente. Cette discussion porte soit sur les informations que la patiente voudrait obtenir ou partager au sujet de la ménopause, soit sur les pratiques de gestion des troubles ménopausiques. À ce niveau, femmes et médecins poursuivent le même but : le

bien-être de la femme. Aussi, la décision de remédier aux troubles de la ménopause résulte-t-elle régulièrement d'une négociation. Cette notion permet d'envisager la rencontre comme « ouverte », chaque partenaire pouvant influencer son déroulement et ses résultats (Adam et Herzlich 2009). Le processus de négociation s'articule ici autour du choix des pratiques de gestion de la ménopause - faut-il prendre un traitement ou non ? - ou autour des effets secondaires - quel type de traitement faut-il choisir, avec quels bénéfices et quels risques ?

À mon avis, l'autonomie dont ces femmes font preuve à l'égard des gynécologues dans la prise en charge ménopausique découle principalement de sa distinction d'avec la notion de maladie. En effet, le fait que la ménopause soit un état intermédiaire entre la santé et la maladie octroie plus de liberté aux femmes quant aux décisions à prendre pour la gestion des troubles qui lui sont associés. Si la maladie et particulièrement la maladie grave contraint généralement les malades au suivi médical ou au respect des prescriptions médicales, il n'en est pas de même pour l'arrêt des menstruations qui, malgré ses désagréments demeure une étape naturelle du cycle de vie féminin. Bien que, dans le discours biomédical ambiant, elle implique de nombreux risques pour la santé, notamment le risque d'ostéoporose, elle n'entraîne pas nécessairement pour les femmes une obligation de prise d'hormones exogènes d'autant plus qu'il existe désormais des traitements ciblés pour l'ostéoporose. Par ailleurs, si la ménopause se distingue de la maladie, elle se différencie aussi d'autres étapes de la vie de femmes comme la grossesse ou la naissance. En effet, comme l'ont montré Kaufert et Gilbert (1986), en réalisant une étude comparative entre la médicalisation de la naissance et celle de la ménopause, les différences dans les caractéristiques de la ménopause, comparées à celles de la naissance sont l'un des facteurs de la capacité des femmes à exercer le contrôle sur la volonté ou non de bénéficier d'un suivi médical. Pour ces auteurs, la grossesse est généralement visible et ne peut être dissimulée que jusqu'à un certain point. Les femmes sont donc plus susceptibles de subir des pressions par rapport aux comportements qui sont culturellement attendus d'une femme enceinte, par

exemple consulter un médecin. Or, une fois que les médecins sont impliqués, il devient difficile aux femmes de restreindre le degré de contrôle sur la grossesse ou la naissance. En revanche, la ménopause est un processus caché. Les femmes ont alors potentiellement le choix de le révéler ou non et par conséquent, de le traiter ou non. Les risques d'ostéoporose pourraient favoriser l'exercice d'une certaine pression sociale pour recourir à un traitement, mais les femmes ont toujours une certaine liberté de suivre ou non une hormonothérapie. La variabilité dans les pratiques de gestion de la ménopause adoptées par mes interlocutrices, tel que nous le verrons dans les chapitres suivants, de même que les situations observées au cours des « consultations de ménopause », montrent que « les femmes ont choisi d'exercer ce choix » (Kaufert et Gilbert 1986 : 19).

Si la négociation et le compromis apparaissent comme des valeurs primordiales dans ce type de relation femme-médecin, il est important de souligner que celle-ci n'est pas toujours consensuelle, du fait qu'elle met en présence deux cultures divergentes, celle de l'expert et celle du profane (Freidson 1984). D'une part, il y a le médecin qui perçoit les besoins des patientes selon les catégories de son savoir spécialisé et dispose d'un cadre de référence qui influence leur prise en charge. Attaché à son autonomie professionnelle, il entend définir le contenu et les formes du service qu'il leur rendra. D'autre part, il y a la femme qui dispose aussi d'un certain nombre de connaissances et perçoit son malaise en fonction des exigences de sa vie quotidienne et de son corps, qui voudrait que le médecin accepte sa propre vision du problème et y apporte la solution qu'elle désire. Cette divergence de point de vue peut alors être à l'origine de relations conflictuelles, notamment lorsque la patiente constate que le praticien ne prend pas en compte ses souhaits, son vécu subjectif et ne répond pas à sa demande ou à l'inverse lorsque le médecin s'aperçoit de la non prise en considération des éléments objectifs qu'il présente à la patiente. L'issue du conflit dépend des protagonistes et peut ne pas avoir un caractère définitif, comme j'ai pu l'observer au cours des consultations. De plus, si on peut parler de décision partagée et informée dans cette forme de relation, la

répartition égale entre les deux parties n'est pas absolue. Il est possible de trouver des situations où la décision de l'une des parties l'emporte sur celle de l'autre.

Lara décrit, ainsi, une situation où elle a dû accepter la proposition de sa gynécologue, sans en être totalement convaincue :

Moi, j'étais assez anti hormones quelque part, mais elle a essayé de me convaincre en me disant, je comprends mais c'est des doses très légères, elle était assez pour, alors j'ai pris. (Lara, Suisse, 62 ans, cadre)

Quelques semaines plus tard, elle a cependant téléphoné à la spécialiste pour lui signifier qu'elle arrêta ce traitement, qui disait-elle, ne lui convenait pas et provoquait des effets indésirables (migraines, prise de poids...). Ainsi se manifeste le caractère flexible des négociations et des décisions prises au cours d'une consultation.

Marielle rapporte aussi sa dernière consultation au cours de laquelle sa doléance n'a pas été prise en compte par la gynécologue. Elle n'a pas l'intention d'en rester là et envisage d'aller revoir la gynécologue pour se faire entendre :

Je pensais avoir quelque chose qui allait vraiment faire diminuer les vapeurs et pour l'instant ce n'est pas le cas. Ma copine prend des patchs et m'a dit qu'elle a vu les résultats très rapidement. C'est ce que je voulais qu'on me donne.

*Et pourquoi ils ne vous ont pas été prescrits ?* Elle (la gynécologue) a dit qu'il y a beaucoup d'effets secondaires et qu'il vaut mieux prendre des choses un peu plus douces.

*Que prenez-vous au juste ?* Je ne sais plus comment ça s'appelle, mais ce n'est pas un traitement hormonal. Il paraît qu'il faut attendre six mois à une année pour voir les résultats alors que moi je voulais quelque chose qui agit rapidement ou qui soit radical. Mais, bon... j'attends encore un peu et si ça ne va vraiment pas, je vais repartir pour insister qu'elle me donne les hormones. Je ne peux pas continuer à travailler comme ça. (Marielle, pré-ménopausée, Suisse, 50 ans, cadre)

Parallèlement à ces situations où la décision du gynécologue prime sur celle de la patiente, il en existe d'autres où la femme arrive à « imposer » son point de vue. Ce fut le cas avec une patiente de 62 ans, sous hormonothérapie substitutive depuis plus de 10 ans, venue en « consultation de ménopause » pendant la période de

l'enquête. Cette femme, venue pour le bilan gynécologique annuel, voulait par la même occasion obtenir le renouvellement de son ordonnance. La gynécologue ne voulut pas la lui renouveler en fondant son argumentation sur les risques d'une absorption prolongée de ces hormones exogènes. Après moult discussions, madame W s'énerva et déclara clairement au gynécologue qu'elle ne sortirait pas de la consultation sans une ordonnance pour les patchs qu'elle désirait. La gynécologue se trouva donc dans l'obligation de les lui prescrire, mais en la mettant en garde et en se dégageant de toute responsabilité au cas où des effets délétères apparaîtraient.

Les conflits, émanant souvent du désaccord exprimé par la femme à l'égard d'une décision prise par le praticien, peuvent ainsi apparaître de manière ouverte et certaines d'entre elles peuvent se montrer rétives à toute décision thérapeutique n'incluant pas leur point de vue, comme c'est aussi le cas de Bernadette :

Moi, j'aime bien m'informer pour être au courant ; pour que quand je vais chez le médecin, que je ne me retrouve pas au dépourvu sur ce qu'il veut absolument m'imposer ou ce que je ne sais pas ainsi de suite... Pour vouloir aussi dire, mais non, ne nous dites pas toujours n'importe quoi ; n'essayez pas de nous culpabiliser parce qu'on prend les hormones. Ça c'est une chose qui me fait hurler.

*Vous ne leur faites pas confiance ?* Je pense qu'il faut avoir confiance en son médecin, mais en même temps pouvoir lui dire je ne suis pas d'accord avec vous parce qu'ils n'ont pas la science infuse ; ils font des erreurs, c'est aussi des êtres humains et puis ils ne sont pas dans nos corps. C'est ce que je leur ai dit la dernière fois. Vous n'êtes pas dans mon corps. C'est moi qui sens comment je suis avec mes hormones ou sans mes hormones. Donc si je dis que je veux les hormones, c'est que j'estime que j'en ai besoin et il faut me les donner. C'est vrai que je dois insister à chaque fois, mais ils finissent toujours par me les prescrire. (Bernadette, Suisse, 61 ans, FFNE)

Ainsi, les femmes deviennent progressivement « sujet » à part entière, actrices de leur santé et de leur traitement, et expertes du vécu de la ménopause, comme le révèle cet extrait d'entretien avec Bernadette. Son attitude semble correspondre à une confiance de type *rationnel* (Hammer 2006) qui consiste pour le profane à ne pas se contenter de la vision positiviste de la biomédecine, mais aussi à intégrer l'incertitude à laquelle font face les professionnels. Consciente des limites de la

médecine et de la faillibilité de ceux qui l'exercent, elle entend discuter avec le praticien de manière égalitaire et faire valoir sa vision des choses.

Le fort *empowerment* observé chez certaines femmes provient certainement du fait qu'elles ont accès à une pluralité de sources de savoir sur la ménopause qui accentue leur acquisition de connaissances et de compétences. Mais, leur savoir sur l'arrêt des règles ne provient pas uniquement de ces sources d'informations professionnelles ou profanes. Il découle aussi d'une observation empirique que dévoile Bernadette dans l'extrait précédent et que Massé (1995) qualifie de savoir idiosyncratique. Celui-ci se réfère aux croyances que l'individu génère à partir de ses propres observations, des réinterprétations des informations véhiculées dans son entourage et de ses expériences personnelles (ce qui se passe dans son corps). Dès lors, la femme peut élaborer « un savoir parfois « supérieur » à celui du médecin, parce que venant « à la fois de l'extérieur et de l'intérieur » » (Herzlich 1992 : 356). Dans cette logique, l'on ne pourrait plus seulement parler d'appropriation du savoir médical par les femmes ou de la reproduction, mais aussi de la production de ce savoir par ces dernières. Autrement dit, les femmes ne se contentent pas seulement d'intégrer les idées qui leur sont transmises à propos de l'arrêt des règles. De par leurs vécus subjectifs, elles élaborent aussi un discours qui leur est propre, qui peut soit entériner les discours populaire ou médical, soit les dénoncer et permettre des changements dans les représentations. En effet, le savoir empirique (Massé 1995) amène certaines femmes à se distancier du modèle biomédical et à réfuter la médicalisation de la ménopause en y opposant des affects positifs. Mais, pour Bernadette, tout comme pour les autres adeptes du THS, il permet aussi de renforcer le point de vue biomédical et la médicalisation de l'arrêt des règles, qui s'alimentent des expériences ménopausiques négatives. En fin de compte, par une observation empirique qui peut soit confirmer les idées officielles reçues sur la ménopause, soit au contraire, les infirmer, les femmes peuvent d'une certaine manière contrer la médicalisation de la ménopause ou, au contraire, la renforcer.

## **Conclusion**

Au terme de ce chapitre, il ressort que le savoir profane sur la ménopause provient non seulement des connaissances médicales largement diffusées dans les médias, mais se construit aussi au sein des interactions quotidiennes avec plusieurs autres acteurs : pairs, professionnels de la santé, conjoint, mère et enfants. Parmi ces acteurs, le gynécologue semble jouer un rôle essentiel : il constitue une source d'information privilégiée sur l'arrêt des règles, ses conséquences et ses modalités de gestion dans les deux contextes étudiés. Mais, d'une manière ou d'une autre, tous les acteurs susmentionnés peuvent être considérés comme des « pourvoyeurs d'orientation » (Queiroz et Ziotkowski 1997) dans la mesure où ils déterminent ou remodelent continûment les différentes dimensions de l'expérience ménopausique.

Au cours des interactions femmes-médecins, les relations ne sont pas homogènes. Elles sont variables selon le contexte socioculturel des femmes et suivant leur capital culturel. Deux formes de relations médecin-patient ont été identifiées : une relation asymétrique, fondée sur le paternalisme médical et une relation sous forme négociée, basée sur le modèle de la décision partagée. La relation femme-gynécologue asymétrique semble davantage palpable au Cameroun, où le médecin est considéré comme le détenteur du savoir, à qui il revient de prendre les décisions relatives à la prise en charge des problèmes soulevés par la patiente. Mais, si les femmes apparaissent comme soumises au médecin, elles ne sont pas complètement aliénées à l'autorité médicale. Elles gardent du recul et une marge de liberté qui leur permettent de se distancier des décisions médicales ou d'élaborer des pratiques alternatives en l'occurrence le non-respect des prescriptions ou l'interruption du traitement sans une consultation préalable du praticien.

L'ordre négocié, quant à lui, s'observe davantage en Suisse où plusieurs femmes réfutent la dépendance absolue au médecin et réclament leur autonomie dans la prise des décisions se rapportant à leur corps et à leur santé. Du fait que, dans ce

contexte, les relations entre les femmes et les gynécologues mettent en lien deux acteurs ayant des cultures différentes et des représentations divergentes du phénomène, elles ne sont pas toujours consensuelles. Mieux informées, plus critiques, les femmes deviennent ainsi des patientes non plus passives, mais des usagères capables de rompre avec la dichotomie entre ceux qui savent et imposent leur savoir et ceux qui ne peuvent que le subir (Herzlich 1992). La relation médecin-patient se trouve ainsi transformée. Elle devient moins asymétrique, le patient pouvant même devenir un consommateur exigeant. De plus en plus actives dans la prise en charge de la ménopause, les femmes apparaissent désormais, mais en partie, comme étant des acteurs influents du processus actuel de médicalisation de la ménopause, ainsi que nous le verrons dans les chapitres suivants.



## **TROISIÈME PARTIE : MÉNOPAUSE ET PRATIQUES**



La prise en charge de la ménopause est intimement liée à la question de sa médicalisation. Avec la diffusion du référentiel médical, pour la majorité des professionnels et des femmes interviewés, la description de la ménopause s'articule principalement autour de ses effets secondaires. Et même si plusieurs professionnels la définissent comme une étape naturelle de la vie, ils reconnaissent, néanmoins, qu'elle peut être à l'origine de pathologies diverses. Du côté des femmes, si on constate, chez plusieurs d'entre elles, l'absence de recours à un langage médical pour définir la ménopause, on relève néanmoins que la description de leur vécu subjectif est faite autour de l'énoncé de troubles divers. On comprend alors, qu'aujourd'hui, que ce soit dans les milieux professionnels ou profanes, le débat sur la ménopause se limite à la question de savoir s'il faut ou non la traiter. La réponse à cette question découle d'une analyse, qui minimise ou maximise les coûts et les bénéfices, que fait chaque acteur impliqué dans la prise en charge ménopausique. Que ce soit au niveau institutionnel, professionnel ou individuel, les décisions des uns et des autres dépendent de l'évaluation de ce qui l'emporte entre les coûts et les gains, les risques et les bénéfices, les avantages et les inconvénients, comme nous le verrons dans les prochains chapitres. Le chapitre sept exposera la prise en charge institutionnelle et professionnelle de la ménopause, tandis que le huitième et dernier chapitre énoncera les pratiques auxquelles les femmes ont recours pour remédier aux troubles attribués à l'arrêt des règles, lorsqu'ils existent.



## **CHAPITRE VII : GESTION INSTITUTIONNELLE ET PROFESSIONNELLE DE LA MÉNOPAUSE**

Suite à la médicalisation de la ménopause, l'une des pratiques les plus répandues au moment où les femmes atteignent cette phase de vie est de s'orienter vers un système de soins. Ce chapitre présente principalement la prise en charge de la ménopause aux niveaux institutionnel et professionnel et permettra de découvrir, sur le plan de l'offre, quelles possibilités se présentent aux femmes. La première section porte sur la gestion de la ménopause au sein de l'hôpital H où j'ai fait de l'observation. La deuxième section rapporte les représentations des professionnels de la santé à l'égard de la ménopause et de ses traitements, et explore la façon dont ils traitent cet événement physiologique.

### **I. LA PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE**

Au Cameroun, nous l'avons vu, la ménopause n'est pas un phénomène préoccupant du point de vue de la santé publique et il n'existe pas, comme en Suisse, d'institutions officielles chargées d'en réglementer les modalités de prise en charge. Il ne m'a pas été possible d'assister aux consultations, mais une observation des hôpitaux que j'ai fréquentés pendant la durée de l'enquête m'a permis de constater l'inexistence de conférences ou de prospectus, traitant de l'arrêt des règles et destinés à l'information du public. Par ailleurs, les entretiens avec les gynécologues ont révélé que, de manière commune, il n'existe pas au sein des différents hôpitaux, de prises de positions formelles ou de structures offrant un cadre pour une gestion institutionnelle de la ménopause. Au-delà des symposiums auxquels assistent les gynécologues et dans lesquels sont abordées les questions liées aux symptômes et aux traitements de la ménopause, c'est à chaque gynécologue que

revient la prise en charge des troubles rapportés par les femmes, selon les interlocuteurs.

En Suisse, en revanche, il existe une Société Suisse de Ménopause dont le rôle est de coordonner et de communiquer les prises de positions concernant la ménopause et ses traitements. Au sein des institutions hospitalières, les responsables du département de gynécologie, en tenant compte des recommandations de cette Société de Ménopause, orientent, à leur tour, la prise en charge des troubles attribués à la ménopause, comme j'ai pu l'observer à l'hôpital H.

L'absence de prise de positions formelles et d'organisation d'activités communes ou officielles au sein des hôpitaux de Yaoundé justifie le fait que cette partie sera uniquement consacrée à la description des mesures mises en place au sein de l'hôpital H. L'accent sera davantage mis sur les « consultations de ménopause » auxquelles j'ai eu la possibilité d'assister. Mais, avant de parler de ces consultations, je voudrais m'attarder sur les groupes d'information sur la ménopause, qui ont existé pendant la période de 1992 à 2003, au sein du centre de planning Familial du département de gynécologie et obstétrique de l'hôpital H.

### **I.1. LES GROUPES D'INFORMATION ET D'ÉCHANGES SUR LA MÉNOPAUSE**

Les groupes d'information et d'échanges sur la ménopause étaient appelés groupes « ménopause et qualité de vie ». Ils étaient organisés sous la forme de cours et d'échanges, et assurés par le service de planning familial. Les séances étaient animées par une conseillère en Planning familial<sup>54</sup>, avec la participation d'un médecin, d'une diététicienne et d'une physiothérapeute avec pour objectif d'expliquer la physiologie de la ménopause aux femmes, de les informer sur les différents traitements disponibles, de leur transmettre les notions d'une « bonne »

---

<sup>54</sup> La description des groupes « ménopause et qualité de vie » est issue de l'entretien avec la conseillère en Planning familial qui était chargée de leur animation.

hygiène de vie et de leur offrir un lieu d'échanges et de parole. La presse locale était utilisée pour recruter les femmes intéressées.

Les groupes comprenaient au maximum dix personnes. Le contenu des cours était divisé en cinq séances de deux heures chacune. La première séance était consacrée à la présentation des participantes, à la définition de la ménopause à partir d'un support vidéo et à la préparation des questions qui seront posées au médecin et à la diététicienne. La deuxième séance portait sur les conséquences de la ménopause, sur l'hygiène de vie (pratique de la gymnastique, d'un sport ou d'une activité créative) et sur la diététique. Une diététicienne y prodiguait des conseils sur l'alimentation préconisée à cette période de vie (besoins accrus en calcium, gestion de son poids...). À la troisième séance, une physiothérapeute invitée proposait, soit une introduction à la relaxation (avec séance de relaxation), soit une information et une prévention de l'incontinence urinaire (avec exercice de la musculation du plancher pelvien). Les participantes choisissaient ce qui répondait le mieux à leurs attentes. Ce n'est qu'à la quatrième séance qu'était invité un médecin pour répondre aux questions médicales préalablement préparées par les femmes (faut-il suivre un traitement hormonal de substitution, comment le suivre, pendant combien de temps, quels en sont les risques ? ...). L'intérêt pour les traitements alternatifs (homéopathie, phytothérapie...) était aussi manifesté par les femmes. La dernière séance portait sur les répercussions de cette période au niveau relationnel ou sexuel, sur la manière de vivre le changement de manière positive. Elle consistait aussi en l'évaluation des informations et des échanges proposés par les groupes « ménopause et qualité de vie ». Au cours de chacune des séances, les femmes étaient invitées à parler de leur expérience personnelle, à exprimer leurs difficultés ou à partager les « petits trucs qui aident ». Les échanges étaient alors riches et variés.

D'après la conseillère en planning familial interviewée, les groupes « ménopause et qualité de vie » eurent un très grand succès au cours des cinq premières années. Puis, dès 1998, le nombre de participantes a progressivement diminué. Ainsi, au lieu

de quatre ou cinq séances préalablement proposées, elle ne se limitait plus qu'à deux. L'informatrice le justifie par l'avènement d'Internet : « les gens ont commencé à s'informer autrement, à aller sur Internet ». Puis, finalement, l'impression de ne plus répondre aux attentes et le manque de participantes ont abouti à l'interruption de ces séances d'information et d'échanges en 2003.

Bien que ces séances aient eu lieu dans l'enceinte d'un hôpital, il convient de souligner qu'elles constituaient des groupes de parole et de discussions permettant d'avoir une approche globale de la ménopause. En plus de constituer des moments d'échanges pour les femmes, elles offraient aussi la possibilité d'une prise en charge qui ne soit pas uniquement médicale. Ces échanges enrichissaient l'information autour de la ménopause, mais également le vécu qui l'accompagne. En effet, la similitude de troubles évoqués créait une solidarité entre les femmes, leur permettant de mieux les maîtriser. On pourrait donc penser que ces groupes « ménopause et qualité de vie » offraient une prise en charge ménopausique, que l'on peut qualifier d'holistique.

Au sein de l'hôpital H, sont aussi organisées, à intervalle irrégulier, des conférences publiques sur la ménopause. Celles-ci sont généralement adressées aux profanes (femmes et hommes intéressés). Les annonces sont faites dans la presse écrite. Ces conférences sont assurées par des gynécologues et endocrinologues venant de l'hôpital H ou d'autres hôpitaux du pays, mais portent principalement sur les aspects cliniques, biologiques et épidémiologiques de l'arrêt des règles. À la fin de la présentation, le public est invité à poser des questions qui sont généralement axées sur les symptômes éprouvés ou sur les effets des traitements, en l'occurrence le traitement hormonal substitutif. Bien qu'elles aient pour objectif l'information du public sur l'arrêt des règles, ces conférences véhiculent en priorité une conception biomédicale de la ménopause et l'idée d'une prise en charge exclusivement médicale. En cela, elles se différencient des groupes « ménopause et qualité de vie » et se rapprochent du cadre des « consultations de ménopause ».

## **I.2. LES « CONSULTATIONS DE MÉNOPAUSE »**

Les « consultations de ménopause » sont des consultations gynécologiques individuelles et privées, prévues pour les femmes post-ménopausées ou en transition ménopausique. Elles se font sur deux demi-journées dans la semaine avec à chaque fois six ou sept patientes. Elles durent environ une demi-heure par patiente.

### ***1.2.1. Dispositif clinique des consultations***

Les « consultations de ménopause » sont réalisées par un gynécologue, assisté d'une infirmière ou d'une sage-femme. Ces dernières n'ont pas un cahier de charges défini. Elles « font les choses comme elles les sentent », m'a répondu l'une d'entre elles, tout en participant à la prodigation des soins.

Les consultations se déroulent généralement en trois étapes à savoir les civilités et l'interrogatoire, l'examen gynécologique et sénologique, et la discussion.

Pour la mettre en confiance, le médecin salue la femme, lui demande de prendre place et présente l'équipe de la consultation (lui-même, l'infirmière ou la sage-femme et moi). Puis, il commence l'interrogatoire, s'enquiert de son état de santé (« comment allez-vous ? »), et lui demande le motif de sa venue. Celui-ci est variable. Parfois, il s'agit d'une simple visite de contrôle dans le cadre du bilan gynécologique annuel, parfois d'une anomalie (absence ou troubles de règles) ou des troubles de la ménopause qui amènent la patiente à consulter. Les troubles le plus souvent évoqués sont les bouffées de chaleur. Les trois-quarts des femmes venues à la consultation pendant la durée de l'enquête, Européennes ou Africaines, se sont plaintes de celles-ci à des degrés variables. Ensuite, viennent la sécheresse vaginale ou la baisse de la libido et, enfin, la prise de poids et l'incontinence urinaire.

L'interrogatoire se poursuit par une série de questions portant sur la prise de médicaments, les maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle ou autres maladies cardiaques), les antécédents personnels ou familiaux (1<sup>er</sup> degré) de cancer du sein, de l'endomètre ou des ovaires, les antécédents familiaux d'ostéoporose, la consommation de tabac et d'alcool, la date des dernières règles pour les préménopausées ou pour les ménopausées qui consultent pour la première fois, les démangeaisons vaginales, la date du dernier frottis cervical et celle de la dernière mammographie si la femme est âgée de plus de 50 ans. Lorsqu'il s'agit d'une nouvelle patiente (qui n'a pas de dossier dans le service), le questionnement porte aussi sur le nombre de grossesses, la date, le lieu et le type d'accouchements, les modalités d'arrivée à la ménopause, les antécédents chirurgicaux. Après l'interrogatoire commencent les examens gynécologiques et sénologiques.

Pour l'examen gynécologique proprement dit, la patiente se dénude partiellement (le bas du corps) et s'installe sur le divan gynécologique. L'inspection des organes génitaux externes est la première étape. Le gynécologue peut ainsi remarquer toute anomalie, telle une inflammation ou une rougeur « anormale ». Puis, il passe à l'examen au spéculum (instrument métallique dont les parois appelées valves peuvent être écartées une fois introduit dans le vagin). En manipulant l'instrument, le médecin observe le col de l'utérus et la muqueuse utérine. Lorsque cela s'avère nécessaire (tous les deux ans pour les femmes ménopausées), le médecin procède aussi au frottis cervical (examen permettant le dépistage du cancer de l'utérus). L'examen se poursuit par le toucher pelvien. Il s'agit d'une palpation bimanuelle : le gynécologue applique une main à plat sur le ventre et exerce une pression sur la paroi abdominale et de l'autre main, il palpe avec deux doigts (l'index et le majeur) introduits dans le vagin, l'utérus et les ovaires afin de vérifier l'élasticité des tissus et de déceler les malformations.

Après l'examen gynécologique, la patiente se rhabille (le bas du corps) et se dénude le haut du corps pour l'examen général : prise de poids sur le pèse-personne, relevé de la tension artérielle effectués par l'infirmière ou la sage-femme, puis

communiqués au médecin qui les note dans le dossier de la patiente. Ensuite, le gynécologue commence l'examen sénologique ou palpation des seins, tout d'abord sur la patiente assise, puis couchée, à la recherche d'anomalies de la forme des seins, d'anomalies cutanées (couleur, rougeur), de nodules ou de zones douloureuses.

La consultation se termine généralement par une discussion entre la patiente, le gynécologue, la sage-femme ou l'infirmière sur divers aspects qui ont été abordés pendant l'interrogatoire ou des différents examens effectués. En fonction des éléments cliniques, le médecin peut prescrire des examens orientés (échographie pelvienne, mammographie, ultra-sons, bilan hormonal, ostéodensitométrie...) si nécessaire ou des traitements, en accord avec la patiente. Les interactions entre les médecins et les patientes seront détaillées dans le chapitre suivant.

### ***1.2.2. La portée de la consultation***

Les « consultations de ménopause » ont une double portée : curative et préventive. La façon curative implique les conseils ou la prescription de traitements soit pour les symptômes désagréables de la ménopause, soit pour toute autre anomalie qui a conduit la patiente à la consultation ou qui y a été décelée.

L'aspect préventif porte sur la prévention de l'ostéoporose (la prescription de calcium et de la Vitamine D), l'ordonnance de contraceptifs pendant la pré-ménopause, pour prévenir d'éventuelles grossesses non désirées et la prise de rendez-vous pour la mammographie si nécessaire. Toutes les femmes de plus de 50 ans sont systématiquement encouragées à faire une mammographie, permettant de dépister le cancer du sein, tous les deux ans. Celle-ci est prise en charge par la Ligue Contre le Cancer. Lorsque la femme atteint 50 ans, elle est invitée, par courrier, à prendre un rendez-vous auprès d'un hôpital de son choix pour l'examen. Si ça n'est pas le cas et que la dernière mammographie date de deux ans ou que la femme vient juste d'atteindre 50 ans, l'infirmière ou la sage-femme prend, en

accord avec la patiente, un rendez-vous auprès du service de radiologie de l'hôpital H. Pour les femmes âgées de moins de 50 ans, la mammographie n'est prescrite qu'en cas de suspicion d'une pathologie.

### ***1.2.3. Au cœur de la consultation : le médicament***

Au cours des consultations, le dialogue entre le médecin et la patiente est ancré dans une démarche diagnostique avec l'interrogatoire et les examens physiques, qui aboutissent généralement à la prescription de l'ordonnance. Le médicament est alors au centre des « consultations de ménopause » qui se terminent d'ailleurs, la plupart du temps, par une prescription médicale, à titre curatif ou préventif. Même dans le cas où la patiente opte pour l'abstinence thérapeutique, toutes les consultations auxquelles j'ai assistées se sont conclues par la prescription du Calcium et de la Vitamine D, en vue de la prévention de l'ostéoporose.

Cependant, il convient de souligner que les femmes sont moins encouragées à prendre les traitements hormonaux substitutifs par l'équipe soignante. Tous les gynécologues, hommes ou femmes<sup>55</sup>, avec plusieurs années d'expérience ou jeunes assistants, officiés aux « consultations de ménopause » pendant la durée de l'enquête, ont eu recours en premier lieu aux traitements phytothérapeutiques, conformément aux recommandations de la Société Suisse de Ménopause. Il a, quelques fois, été conseillé aux femmes d'utiliser des approches complémentaires comme la naturopathie (homéopathie, acupuncture), avant d'opter pour l'hormonothérapie substitutive qui n'interviendrait qu'en cas d'échec de toutes les autres approches. Bien évidemment, les femmes étaient libres d'accepter ou de refuser cette orientation. On pourrait y voir un changement de culture médicale, car le traitement hormonal n'a souvent été prescrit ou renouvelé que sur demande ou insistance de la patiente, exception faite des situations où la femme a une

---

<sup>55</sup> Il a été constaté que la gestion de la ménopause au cours de ces consultations relève davantage d'une culture partagée et reproduite par les professionnels que des questions de genre.

ménopause précoce (avant 40 ans). Cette culture semble être partagée par l'ensemble des équipes soignantes en charge des « consultations de ménopause » au moment de l'enquête. Toutefois, cela ne signifie nullement que les représentations que ces professionnels ont de cet événement soient similaires, mais se justifie par l'existence d'un « take home message » qui leur est destiné.

En effet, un document écrit, élaboré par l'un des médecins responsables du département de gynécologie obstétrique, endocrinologue notamment, est adressé à tous les médecins en charge des « consultations de ménopause », lesquels sont tenus de s'y référer pour la prise en charge des patientes. Le document porte sur la nature des symptômes associés à la ménopause, les résultats de quelques études récentes, les traitements à utiliser de même que leurs effets secondaires. Conformément à ce document, l'utilisation de la progestérone par voie vaginale, de l'œstrogène par voie transdermique et de la Tibolone est privilégiée en cas de nécessité de prescription d'une hormonothérapie.

## **II. LA PRISE EN CHARGE DE LA MÉNOPAUSE PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ**

Cette section a trait aux représentations et à la pratique des gynécologues, des naturopathes et des « faiseurs de remèdes » interviewés sur la ménopause, ainsi qu'à leur façon de prendre en charge cet événement.

### **II.1. GYNÉCOLOGUES, MÉNOPAUSE ET TRAITEMENTS**

La construction sociale de la ménopause par la profession médicale a fait l'objet de nombreuses études qui ont été évoquées dans la revue de littérature. Elles décrivent une approche de la ménopause centrée sur la carence œstrogénique et ses conséquences pathologiques. Grâce au phénomène de globalisation favorisant des échanges entre de nombreux pays, ce modèle occidental d'explication de la

ménopause et de sa prise en charge est aujourd'hui partagé par des professionnels de la santé d'autres contextes culturels, en l'occurrence ici ceux du Cameroun. Les gynécologues rencontrés en Suisse et au Cameroun présentent alors de nombreuses similitudes et ne s'éloignent que rarement de cette conception de la ménopause prédominante dans la littérature médicale.

### ***II.1.1. Les représentations des gynécologues à l'égard de la ménopause***

Les représentations des gynécologues interviewés, à l'égard de l'arrêt des règles, se construisent non seulement au travers de connaissances scientifiques acquises, mais aussi autour de leur pratique. Aussi évoquent-ils régulièrement ce qu'ils observent au cours de leurs consultations et ce dont parlent les femmes. L'expérience rapportée par ces dernières participe donc tout autant que les connaissances scientifiques des médecins à la construction de la ménopause par la biomédecine.

Pour tous les gynécologues rencontrés, Camerounais et Suisses, la ménopause est perçue sous l'angle purement organique et physiologique. Elle résulte de l'arrêt du fonctionnement ovarien et donc de la production des œstrogènes et de la progestérone. Il s'en suit alors un arrêt de la fertilité et des règles :

La ménopause c'est l'arrêt de la fonction des ovaires et des sécrétions hormonales. Les œstrogènes et la progestérone qui sont les hormones féminines ne sont plus sécrétées. C'est un arrêt qui est programmé vers 50 ans, qui entraîne l'arrêt de la fertilité et des règles. (Dr. A, Suisse)

La ménopause traduit l'épuisement du capital folliculaire qu'il y avait dans les ovaires des femmes. Les ovaires vont cesser de fonctionner et de produire les hormones qui sont importantes pour le fonctionnement du corps de la femme, les œstrogènes et la progestérone. Dès que les hormones cessent d'être produites, les règles disparaissent. (Dresse. C, Camerounaise)

Ainsi, comme dans de nombreux ouvrages et articles médicaux, l'arrêt des règles, définition de la ménopause dans le langage populaire et celui d'une majorité des femmes interviewées, n'est plus que secondaire à l'arrêt du fonctionnement ovarien dans le langage scientifique des médecins rencontrés.

Bien qu'ils considèrent la ménopause comme un phénomène physiologique naturel et « normal », une étape de la vie, tous les praticiens interviewés, en Suisse et au Cameroun (à l'exception du docteur E, Suisse, qui semble quelques fois marginal), décrivent la ménopause comme une déficience hormonale. Ils insistent largement sur les conséquences pathologiques imputables aux modifications hormonales, qui selon eux, altèrent à des degrés divers la qualité de vie ou le bien-être des femmes. Dès lors, l'arrêt des règles est dépeint comme un processus de perte qui se manifeste par le déclin de la santé.

Les troubles vasomoteurs (bouffées de chaleur et sueurs nocturnes) sont les symptômes dont les praticiens parlent le plus. Plusieurs gynécologues considèrent qu'un nombre important de femmes est incommodé par les bouffées de chaleur qui peuvent être invalidantes. Ils les décrivent comme les troubles classiques de la ménopause qui amènent le plus de femmes à consulter ou ceux dont elles se plaignent le plus lors des consultations :

Les bouffées de chaleur, c'est ce qui amène généralement les femmes. C'est tellement embêtant, je ne dors pas la nuit, je transpire...ça c'est un grand truc classique. (Dr. I, Suisse)

Les symptômes qui perturbent beaucoup plus les femmes, c'est principalement les bouffées de chaleur, les sueurs profuses que les femmes ne cessent de citer quand elles viennent à la consultation. (Dresse. G, Camerounaise)

Le docteur A, endocrinologue, a une vision particulièrement pathologique de la ménopause qui transparait tout au long de son entretien. Son discours dépeint la ménopause comme une prédisposition aux maladies. Il donne d'ailleurs une description très détaillée et scientifique de l'origine des bouffées de chaleur :

Les symptômes de la ménopause sont nombreux, mais ceux qui gênent la femme sont essentiellement de nature nerveuse. Ça veut dire qu'il y a un dysfonctionnement du cerveau avec notamment le fameux symptôme...les bouffées de chaleur quoi. Le cerveau contrôle la température du corps avec un thermostat dans l'hypothalamus et lorsqu'il n'y a pas d'hormones, il y a une mauvaise régulation de la température du corps et il va y avoir des bouffées de

chaleur qui surviennent environ jusqu'à une fois par heure. Le fait de se rappeler que si ça produit c'est parce que l'hypothalamus fonctionne mal, ça veut dire que c'est le cerveau qui fonctionne mal. (Dr. A, Suisse)

Cette vision pathologique de la ménopause est largement critiquée par le docteur E, onco-gynécologue, dont la vision de la ménopause semble plus influencée par sa pratique. Étant régulièrement confronté à la maladie grave, les problèmes de santé qui n'engagent pas le pronostic vital, comme ceux induits par la ménopause, semblent anodins et n'occupent qu'une importance minime à ses yeux. Les bouffées de chaleur sont alors minimisées, voire considérées comme un « faux problème », dont on ne devrait pas se préoccuper :

C'est quoi les bouffées de chaleur...c'est pratiquement jamais évoqué quand vous avez une vraie maladie. Je vais vous raconter l'épisode de cette dame qui vient d'être opérée, qui a eu un traitement hormonal pendant deux ans contre les bouffées de chaleur alors que sa mère avait eu un cancer du sein. Au moment où on lui a annoncé qu'elle avait un cancer du sein, elle a arrêté le traitement, elle n'a plus eu de bouffées de chaleur, mais plus qu'une. Pour moi c'est un problème que je trouve mineur (...) C'est le comble du nombrilisme. J'ai l'impression que c'est un moment où on se dit euh j'existe... C'est je souffre aussi... j'appellerai ça je souffre aussi. Mais c'est, pour moi, une souffrance que je ne peux pas comparer à celle d'une tumeur qui menace la vie. C'est une souffrance qui ne menace pas la vie d'ailleurs. Ce n'est surtout pas une maladie. « J'ai des bouffées de chaleur, je suis très malade » mais attendez... C'est tellement pas une maladie que je n'ai jamais été touché par les problèmes de bouffées de chaleur. Mais je les écoute poliment. (Dr. E, Suisse)

Cet extrait d'entretien traduit une banalisation des effets de la ménopause, et particulièrement des bouffées de chaleur, qui découle d'une comparaison avec la maladie grave et d'une hiérarchisation des risques associés à l'hormonothérapie, supérieurs aux bénéfices qu'il lui attribue. S'il affirme qu'il les écoute, il donne souvent l'impression à certaines femmes de sous-estimer les troubles qu'elles rapportent. D'ailleurs, l'une de mes interlocutrices (dont il est le praticien) m'a affirmé ne plus aborder cette question avec lui lors des consultations parce que dit-elle, il y est « allergique ».

De multiples facteurs affectent donc la perception de la ménopause des professionnels de la santé, en l'occurrence ici, la sensibilité du médecin, l'aire de spécialisation, sa subjectivité.

Les bouffées de chaleur relèvent, pour la plupart des gynécologues, des facteurs endogènes (modifications hormonales), mais le docteur I, Suisse, évoque aussi les facteurs exogènes qui pourraient influencer sur leur fréquence ou leur intensité, notamment le stress résultant des soucis quotidiens, comme l'ont aussi relevé certaines femmes interviewées.

Parmi les symptômes cités, les gynécologues mentionnent aussi fréquemment la sécheresse vaginale et la baisse de la libido qui peuvent induire, chez les femmes concernées, une sexualité moins épanouie, parce que douloureuse ou désagréable :

C'est quand même une période de désir sexuel diminué. Ça peut avoir de l'influence sur les relations de couple. (Dr. I, Suisse)

En dehors des bouffées de chaleur, les femmes se plaignent aussi de la sécheresse vaginale. Après, il y en a aussi qui viennent parce que le désir sexuel est parti et qu'elles n'ont plus une sexualité épanouie. (Dr. B, Camerounais)

Contrairement à la baisse de la libido impalpable au cours de la consultation, la sécheresse vaginale, elle, semble observable lors des examens gynécologiques comme l'affirme la doctoresse Y :

On le voit très bien, le col, le vagin sont secs, les muqueuses atrophiées, ça peut être difficile d'avoir une vie sexuelle. (Dresse. Y, Suisse)

Sur le plan psychique, les stéréotypes persistent, particulièrement l'association de la ménopause à l'humeur dépressive. Malgré les études montrant que les modifications physiologiques de l'arrêt des règles ont peu d'impact sur la santé mentale des femmes (Dennerstein 1994 ; Delanoë 2001 ; Lopes et Ringa 2003), la conviction que la ménopause induit des troubles psychiques n'est pas encore tombée en désuétude. Si elle est moins courante chez les psychiatres, elle demeure tenace chez plusieurs gynécologues (Delanoë 2001). Ainsi, pour certains gynécologues interviewés, l'arrêt des règles est une période de fragilité psychique

où l'irritabilité, les troubles de l'humeur, les états dépressifs sont souvent signalés. Chez les gynécologues camerounais, la dépression n'est, toutefois, pas évoquée, comme chez les femmes elles-mêmes :

Il y a aussi les symptômes psychiques, l'irritabilité, la nervosité, les sautes d'humeur. (Dr. B, Camerounais)

À la ménopause, comme le cerveau fonctionne mal, le manque d'œstrogènes implique aussi d'autres symptômes chez la femme de nature neuropsychologique. Il y en a qui vont devenir un peu déprimée ; il y en a qui vont devenir irritables, il y en a d'autres qui vont avoir des troubles de sommeil. (Dr. A, Suisse)

Pour plusieurs gynécologues, ces troubles psychologiques, perceptibles chez les femmes au mitan de leur vie, résultent de la carence hormonale et sont attribués à des facteurs strictement biologiques. Mais, pour le Dr. E, la fragilité psychologique renvoie aussi à des difficultés antérieures à la ménopause, à un contexte familial ou social qui la favorise, signifiant ainsi que d'autres facteurs, exogènes notamment, doivent aussi être pris en considération :

C'est sûr qu'il y a des femmes qui ne le vivent pas bien ; c'est sûr qu'il y a des femmes qui dépriment. Mais la femme qui déprime à ce moment-là, est-ce qu'elle n'avait pas déjà une fragilité un peu avant ? Psychologiquement c'est une mauvaise période, mais ce n'est pas la ménopause. Celles qui sont déprimées, si vous regardez bien, vous verrez dans quel marasme elles vivent : le fils drogué, maniaco-dépressif ou schizophrène ou elle est au bureau et puis tout le monde est contre elle parce qu'ils trouvent que la vieille n'a plus un mot à dire. Il y a aussi les divorces. Donc on met sur la ménopause une souffrance qu'on n'ose pas dire ailleurs. On déplace le problème. (Dr. E, Suisse)

D'autres troubles comme la prise de poids, la fatigue, l'insomnie, les migraines sont aussi souvent mentionnés, mais sans l'importance attribuée par les femmes interviewées. Au Cameroun comme en Suisse, l'allusion à l'incontinence urinaire reste marginale comme dans les entretiens avec les femmes.

À long terme, les médecins rencontrés en Suisse sont unanimes sur le risque d'ostéoporose, mais précisent que toutes les femmes n'y sont pas exposées de la même façon. Ce risque est tout de même pris au sérieux par les gynécologues

suisses qui s'investissent, de manière préventive, prescrivent régulièrement des apports de Calcium et de Vitamine D. L'ostéodensitométrie (examen qui sert à mesurer la densité osseuse), n'est toutefois pas pratiquée de manière systématique, car les caisses maladies ne la prennent en charge qu'en cas de risques avérés, ou d'antécédents familiaux directs (sa mère ou sa sœur). Les praticiens affirment que peu de leurs patientes semblent préoccupées par le risque d'ostéoporose, sauf lorsqu'elles ont des antécédents familiaux directs, la priorité revenant aux autres troubles dont elles font l'expérience immédiate.

Contrairement à leurs collègues suisses, les gynécologues camerounais évoquent très peu le risque d'ostéoporose. Elle n'est pas une préoccupation majeure car affirment-ils, il n'existe que très peu de situations d'ostéoporose avérée. Les mesures de prévention ne sont donc pas toujours mise en place.

Bien qu'ils évoquent aussi, comme la plupart des femmes, les conséquences du bouleversement hormonal sur la peau, devenant plus sèche et moins ferme, les gynécologues rencontrés à Lausanne et à Yaoundé n'assimilent pas la ménopause à la vieillesse, surtout pour les femmes de cette génération qui, disent-ils, sont plus jeunes à leur âge que celles des générations précédentes. Ils pensent toutefois que les femmes ont une conscience plus aiguë du vieillissement une fois leurs règles terminées. Ils témoignent aussi de la difficulté de certaines femmes à se départir des modèles qui associent la ménopause à la fin de la séduction, de la féminité ou de la jeunesse :

C'est la prise de conscience du vieillissement dont elles ont peur. Elles se disent ça vieillit. Elles ont la crainte de vieillir, d'être comme une pomme toute ridée, comme une pomme de reinette et de ne plus être attirante pour le mari et de perdre le mari. Mais toutes ne le pensent pas non plus, il y en a qui se sentent complètement libérées. (Dr. E, Suisse)

C'est toujours la panique parce qu'on se voit déjà en train de vieillir comme elles le disent souvent. Il y en a aussi qui disent qu'elles craignent que le mari aillent trouver une jeune fille. (Docteur C, Camerounaise)

La transformation corporelle pour certaines, c'est ne plus être belle, ne plus pouvoir séduire, être vieille. (Dr. B, Camerounais)

Si les gynécologues affirment que les femmes évoquent ces aspects lors des consultations, ils font eux-mêmes rarement un amalgame entre ces aspects sociaux ou symboliques et l'aspect physiologique (arrêt du fonctionnement ovarien). Un seul gynécologue suisse exprime la crainte pour certaines femmes de perdre leur identité féminine avec l'arrêt des règles :

Il y a celles qui pensent que la féminité s'exprime parce qu'elles ont les règles, que c'est bien, ça libère et ça nettoie comme ça, elles ont cette notion d'être femme et elles vivent ce moment, pas de façon dramatique, mais... ; et puis il y a toutes celles pour qui les règles sont un moment d'ennui, de faiblesse de fragilité et qui disent qu'elles se sentent mieux. Donc, ça dépend du rapport avec la féminité et les règles. (Dresse. Y, Suisse)

Plusieurs gynécologues affirment, qu'en général, les femmes ont démystifié les règles et ne vivent plus douloureusement la fin de la fécondité. Cette prise de distance vis-à-vis de la symbolique des règles s'expliquerait par le contrôle qu'elles exercent de plus en plus sur leur cycle menstruel. Aujourd'hui, les règles semblent ne plus être obligatoires et de nombreux contraceptifs proposés, permettent aux femmes de choisir d'en avoir ou non. Après « un enfant si je veux quand je veux », l'adage des « règles quand je veux si je veux » est devenu réalité. Les praticiens (suisse spécifiquement) rapportent alors qu'avant la ménopause, plusieurs femmes sont demandeuses de contraceptifs qui n'induisent pas de règles, ce qui semble modifier les représentations de la ménopause d'après eux.

Comme le suggèrent Kaufert et Gilbert (1986), de même que dans le cadre de la sociologie des religions, une distinction est faite entre les dogmes et les pratiques des individus, de même en étudiant la médicalisation de la ménopause, l'on devrait distinguer les modèles scientifiques décrits dans la littérature de ceux qui sont énoncés dans la pratique clinique. Ainsi, contrairement aux écrits médicaux qui décrivent la ménopause comme un phénomène ayant des manifestations invariables pour toutes les femmes, tous les gynécologues interviewés reconnaissent que les femmes ne sont pas égales devant la ménopause. Le vécu, la fréquence et l'intensité des symptômes sont variables suivant les femmes :

Les symptômes sont très différemment vécus. Il y a des gens qui sont... pour lesquels il y a zéro symptôme. Il y a des gens qui passent ça mais comme de rien. Mais je connais des femmes qui sont totalement libérées de leurs règles et donc euh... super femmes ménopausées, super dans leur tête et celles qui en font tout un plat. (Dr. E, Suisse)

Il y a plusieurs populations : il y a des femmes qui ont plus de symptômes que d'autres. Il y a des femmes qui ont les mêmes symptômes et qui acceptent beaucoup plus... C'est vrai qu'après il y a certaines femmes qui souffrent énormément, physiquement, et je crois que les femmes ne sont pas égales devant la ménopause. (Dr. I, Suisse)

Je constate que chez certaines femmes c'est bien vécu, chez d'autres ça l'est moins bien. Il y en a qui n'ont pas beaucoup de symptômes et celles qui ont plus, donc c'est très variable. (Dr. F, Camerounais)

Non seulement les femmes ne sont pas égales devant la ménopause, mais aussi les gynécologues rencontrés, suisses surtout, affirment que la proportion des femmes qui ont des symptômes invalidants n'est pas aussi élevée que le relèvent souvent les textes médicaux ou les études épidémiologiques :

Quelques dames elles ont les migraines, les bouffées pénibles et les insomnies et ces quelques dames c'est rien, en comparaison à celles qui décrivent des symptômes légers ou qui n'en ont pas. (Dresse. O, Suisse)

Il y a des femmes qui souffrent énormément et qui sont vraiment invalidées par leurs symptômes. Ça existe mais ce n'est pas aussi fréquent que ça. (Dr. I, Suisse)

Ainsi, les représentations des gynécologues à l'égard de la ménopause sont donc tout aussi diverses que celles des femmes elles-mêmes et semblent avoir une influence sur la manière dont ils vont prendre en charge ce phénomène. Le gynécologue pour qui la ménopause ne représente pas un problème de santé important hésitera à prescrire les traitements hormonaux au contraire de celui pour qui elle est vue sous l'angle pathologique.

### ***II.1.2. La prise en charge ménopausique par les gynécologues***

L'analyse du matériel ethnographique révèle que la gestion de la ménopause par les gynécologues interviewés prend en compte deux variables : l'information et les prescriptions médicamenteuses.

### **II.1.2.1. L'information**

S'intéressant à la relation médecin-malade, Fainzang (2006a) considère que l'information englobe l'annonce du diagnostic voire du pronostic et les traitements pouvant remédier à la pathologie diagnostiquée de même que leurs effets, leurs risques et leurs bénéfices. Allant dans le même sens, la notion d'information s'applique, ici, au savoir institué que les professionnels transmettent aux femmes qui les consultent. Ce savoir porte non seulement sur le diagnostic de la ménopause (particulièrement pour certaines Camerounaises qui affirment ne pas savoir à quoi sont dues les transformations observées), sur sa définition et sur les différents traitements pouvant permettre de remédier aux troubles qui lui sont associés. L'information transmise dans ce contexte est donc principalement médicale, mais les gynécologues suisses et camerounais considèrent qu'elle participe à la prise en charge de la ménopause, car elle permet aux femmes de mieux comprendre les phénomènes à l'œuvre.

Pour les gynécologues camerounais, peu de femmes, qui se présentent à la consultation connaissent les implications potentielles de la ménopause sur les plans physiques ou émotionnels. Les femmes qui leur disent disposer de telles connaissances sont généralement celles qui ont un haut niveau d'instruction, ou celles qui appartiennent à des couches sociales élevées, fréquentent régulièrement les médecins et s'instruisent de diverses manières. Celles-là ont accès à plusieurs sources de savoir et comprennent mieux ce qui se passe :

Avec Internet, les femmes sont de plus en plus informées. Elles s'informent et discutent avec le médecin. Mais il faut dire que c'est toujours une question de classe parce que dans notre société, ce n'est pas tout le monde qui manipule l'ordinateur et l'Internet. Il y en a aussi qui viennent et parlent des choses qu'elles ont lu. Mais c'est des personnes d'une certaine classe, on est à l'hôpital général, c'est des femmes qui sont intellectuelles, qui ont un bon métier, qui ont un bon salaire et qui peuvent se payer ces traitements, pour le confort. (Dresse. C, Camerounaise)

Mais, selon les gynécologues interviewés, la majorité des femmes se présente à la consultation parce qu'elles ne comprennent pas les manifestations physiques

qu'elles observent. Elles sont, d'après les médecins, souvent inquiètes et angoissées face à ce qui leur arrive. La tâche première du gynécologue, dans ce cas, consiste alors à leur expliquer ce qui se passe :

Certaines le savent, mais beaucoup ne le savent pas toujours. Et si elles le savent, elles se demandent combien de temps ça va durer, est-ce que ça va finir ou pas. Là, il faut leur expliquer ce qui se passe (Dr. B, Camerounais)

Le tableau le plus fréquent c'est qu'elles viennent étant inquiètes. Inquiétude qui vient d'abord de l'ignorance, elles ne savent pas ce qu'elles ont. C'est pour cela que la prise en charge n'est pas seulement médicale mais aussi psychologique.

*Qu'entendez-vous par prise en charge psychologique ?* Psychologiquement c'est d'abord donner l'information, parce qu'on le vit d'abord mal parce qu'on ne sait même pas ce que c'est. Il y en a qui vont se faire des perfusions à tout bout de clinique en disant qu'elles ont le palu (paludisme) et ça les angoisse. Elles sautent du palu maintenant à la typhoïde. Psychologiquement on commence à mal vivre ça. Donc donner l'information à quelqu'un en lui disant madame il est normal qu'à 45-50 ans, qu'il y ait tel ou tel ou tel phénomène qui se manifeste comme cela. On les rassure en leur expliquant que c'est la ménopause et que c'est un phénomène physiologique et que les bouffées de chaleur vont aller en diminuant et après elles comprennent. (Dr. F, Camerounais)

L'information qui est donnée aux femmes permet alors de démystifier la ménopause, de la dédramatiser. Rassurées, elles peuvent mieux vivre cette phase de la vie.

Comme je l'ai souligné ci-dessus, l'information communiquée ne s'articule pas seulement autour de la définition de la ménopause et de ses conséquences, elle porte aussi sur les différents moyens thérapeutiques, leurs modalités de prescription, leurs bénéfices et leurs effets secondaires ainsi que leur surveillance, même si ceux-ci ne sont pas communiqués à toutes les femmes de la même façon comme nous le verrons ultérieurement.

En Suisse, les gynécologues affirment que les femmes sont bien informées. Elles ont, cependant, le plus souvent plusieurs interrogations qui restent sans réponse, particulièrement autour de la substitution hormonale et la consultation est l'occasion pour le médecin de donner les explications dont la femme a besoin :

Elles disent j'ai discuté avec des amies, j'ai entendu comme ça...elle a déjà papoté autour d'elle na na na... Et aussi la télévision elles regardent elles sont attentives à ce qui se dit. Elles savent pas mal de choses. Donc elles connaissent mieux la situation : donnez-moi les médicaments ça et ça et ça. Elle pose les questions par rapport à ça. (Dr. O, Suisse)

Les femmes savent généralement ce qu'est la ménopause, mais elles posent aussi beaucoup de questions (...) Il y a souvent la question sur les hormones qui revient, savoir si c'est bien ou pas, ce que j'en pense par rapport au cancer du sein. Il y a souvent moins de questions, mais ça arrive aussi, sur l'ostéoporose. Mais celles qui en parlent plus c'est celles qui veulent surtout connaître les symptômes parce qu'elles pensent qu'elles en ont. (Dr. I, Suisse)

Si l'information, ici, consiste principalement au savoir institué et professionnel que le gynécologue communique à sa patiente, il convient de souligner qu'elle ne consiste pas seulement en un flux unidirectionnel. Elle est aussi un échange entre ces deux protagonistes, comme le révèlent ces extraits d'entretiens. Le dialogue permet à la femme d'exprimer son ressenti et au médecin de répondre à la demande de la femme, qui est avant tout une demande d'écoute :

Déjà les écouter et de les comprendre. Quand elles se sentent écoutées par rapport à leurs plaintes et d'être suivies. Je pense que ça les rassure de savoir qu'elles sont suivies, si possible, par la même personne et ça c'est déjà beaucoup. Elles peuvent préparer des questions à poser lors des prochaines rencontres. (Dr. I, Suisse)

Mais, la durée courte des consultations peut être une entrave à une meilleure écoute des patientes et à la compréhension du contexte personnel dans lequel surviennent les troubles tel que l'atteste le Dr. E, Suisse :

Si une femme dit qu'elle a des bouffées importantes, est-ce qu'on a vraiment creusé pour trouver quelle était la cause. Et puis est-ce qu'on a pris le temps de savoir pourquoi une femme a les bouffées de chaleur en 20minutes pour ne pas dire 15 minutes qui est le temps d'une consultation normale. Vous savez, le temps que vous essayez de comprendre, ça fait plus qu'un quart d'heure hein... donc en termes d'écoute, ce n'est sûrement pas suffisant. (Dr. E, Suisse)

Comme dans d'autres domaines de la pratique biomédicale, on voit émerger la problématique de la « médecine trop pressée », peu disposée à l'écoute des patients. Elle prend donc peu en compte les subjectivités des malades, d'où le manque de satisfaction souvent évoqué par certaines interlocutrices.

### **II.1.2.2. La prise en charge médicamenteuse**

La prise en charge médicamenteuse porte généralement sur le traitement hormonal substitutif, les traitements hormonaux locaux et les médicaments phytothérapeutiques. La pratique des gynécologues autour de ces traitements mêlent des éléments objectifs aux éléments subjectifs. Elle dépend non seulement des connaissances sur la ménopause et sur ses traitements mais aussi de la sensibilité du gynécologue, de son expérience dans la pratique, de ses convictions personnelles et de ses représentations de la ménopause et de ses traitements.

#### **a- Représentations et pratiques à l'égard de l'hormonothérapie**

Les représentations et pratiques à l'égard du traitement hormonal substitutif sont diverses, mais elles ne sont pas dichotomiques et systématiquement différentes selon que le gynécologue est Suisse ou Camerounais.

##### *Les représentations du THS*

De manière unanime, le THS constitue pour les gynécologues interviewés, une avancée technologique indéniable au service de la santé et du bien-être des femmes. Ce traitement signifie leur sollicitude à l'égard des femmes et est présenté par la quasi-totalité des praticiens, indépendamment du contexte, comme étant un traitement aux nombreux bénéfices. Ils soulignent, de manière univoque, son efficacité rapide sur les troubles ménopausiques, notamment sur les bouffées de chaleur, les troubles de la sexualité, les troubles émotionnels et l'ostéoporose :

Ça apporte d'abord un confort personnel parce que vous n'avez plus de bouffées de chaleur, les sueurs, la sécheresse (Dresse. G, Camerounaise)

Je pense que le traitement hormonal est le bienvenu pour améliorer la qualité de vie de la femme parce que c'est pas toujours facile d'avoir ces bouffées de chaleur, ces insomnies, cette nervosité, être agressive... donc avec le traitement hormonal la femme vit facilement cette période, cette ménopause qui est physiologique mais qui parfois peut devenir pathologique. (Docteur C, Camerounaise)

Les avantages c'est la suppression des bouffées de chaleur, le maintien d'un vagin hydraté qui permet d'avoir une vie sexuelle normale. Ça c'est vraiment important. (Dr. E, Suisse)

L'avantage du THS c'est qu'il fait disparaître les symptômes de la ménopause, les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes, les troubles de l'humeur, la baisse de la libido, la sécheresse des muqueuses vaginales et de la peau. (Dr. I, Suisse)

Avec la suppression des troubles attribués à la ménopause, le traitement hormonal apporte le confort et améliore la qualité de vie des femmes. Il est d'ailleurs considéré, par tous les gynécologues interviewés, comme étant le seul traitement efficace lorsque les troubles sont importants ou invalidants. À leurs yeux, le THS aide les femmes qui souffrent à mieux traverser et vivre cette étape. Cette conception induit à penser la prescription du THS selon les termes de l'association médicament-compassion (Collin 2003) pour les médecins qui veulent à tout prix combattre les troubles rapportés par leurs patientes et leur assurer un mieux-être. Mais, en arrière plan de ce discours compatissant figure aussi la conviction selon laquelle les femmes sont fragiles à cette période, non seulement physiquement, mais aussi psychologiquement et doivent être prises en charge. L'atteinte simultanée du physique et du psychique résulte en une idée de défaillance globale, d'un déficit qu'il faut combler à travers la prescription du THS. Une telle lecture de la situation justifie un recours médicamenteux à long terme, puisqu'il est destiné à compenser des défaillances perçues comme irréversibles en l'absence de traitement.

En outre, avec son principe qui permet de remplacer les hormones ovariennes par les hormones exogènes « identiques » sous forme de médicaments, le THS permet de « prolonger » la période fertile de la femme et de gommer la ménopause :

L'avantage c'est qu'on remet la femme dans un environnement hormonal qu'elle avait quand ses ovaires fonctionnaient. Si une femme allait bien quand ses ovaires fonctionnaient et qu'elle ne va plus bien, on la remet comme elle était avant. On la remet dans le même état. (Dr. A, Suisse)

Le traitement permet à la femme d'avoir une vie hormonale comme si elle n'était pas ménopausée. (Dr. D, Camerounais)

Mais, la femme peut-elle réellement être « comme avant », tel que le conçoivent ces deux médecins ? Et encore à quoi se réfère cette expression ? Comme le montrent les articles médicaux et les manuels de gynécologie, on voit clairement ici que le corps hormonal de référence, du point de vue biomédical, est celui de la femme en période fertile. D'après ces extraits d'entretien, les sécrétions ovariennes sont supposées apporter la santé au corps, ce qui peut sembler paradoxal lorsque l'on sait, qu'au fil du temps, l'utérus, puis les ovaires, même en pleine activité, sont aussi vus, par la biomédecine, comme la source des maux des femmes (Knibiehler 2002).

Si le THS permet d'effacer la ménopause, tous les gynécologues affirment que l'arrêt des menstrues, en soi, n'est pas problématique pour de nombreuses femmes. Une grande majorité des femmes préfère, selon eux, les traitements continus, qui ne provoquent pas d'hémorragie de privation (règles artificielles). Les gynécologues Camerounais l'affirment aussi lorsque la question est posée aux femmes. Mais, nous verrons dans la suite de ce travail que sans la leur poser, le gynécologue décide quelle option sera la meilleure pour sa patiente.

#### *Les modalités de prescription des THS*

Pour tous les gynécologues interviewés, la balance bénéfico-risque est l'un des piliers du processus qui conduit à la décision de traiter la ménopause avec l'hormonothérapie de substitution. Puis, suivent l'absence de contre-indications de même que l'intérêt des femmes pour ce traitement.

Les praticiens adoptent une attitude pragmatique pour chaque femme, mais la principale indication reste, pour eux, la présence de troubles. Toutefois, tous les gynécologues n'y accordent pas la même importance. Les troubles vasomoteurs (bouffées de chaleur, sueurs nocturnes), représentent la raison majeure pour laquelle la quasi-totalité de praticiens prescrit l'hormonothérapie substitutive. Puis, suivent les troubles émotionnels ou sexuels. De manière plutôt exceptionnelle, le

Dr. E, pour qui la ménopause « n'est pas tellement un problème », est le seul à ne pas accorder d'importance aux bouffées de chaleur ou aux troubles psychiques, car selon lui, les premières sont un problème anodin et les deuxièmes sont probablement associés aux changements de la structure familiale ou professionnelle de la femme et non à la ménopause. Ainsi, le trouble pour lequel il accorde de l'importance est alors la sécheresse vaginale, car elle a une incidence particulière sur la sexualité et la vie du couple :

Toutes celles qui disent je ne dors plus, j'ai chaud, eh ben ouvrez les fenêtres... Je tourne très souvent ça en une petite pirouette comme ça : moi aussi je me réveille, lisez, ouvrez la fenêtre, découvrez-vous ; je renvoie un peu le sujet à la case de départ un peu rapidement (...) Mais la sécheresse vaginale c'est autre chose. Comme gynécologue on a une sacrée responsabilité dans les symptômes bon...les bouffées de chaleur ça passe, il faut s'occuper notamment de la sécheresse vaginale qui inévitablement arrive. Et si les rapports deviennent douloureux et ils s'espacent de plus en plus... le mari peut aller voir ailleurs. Et donc là, je l'aborde et je dis vous pourriez avoir tel genre de problème, si vous voulez je vous donne un petit truc. Puis on donne une crème ou des ovules et on règle un peu le problème. Donc ça, là je suis... parce que localement cette sécheresse vaginale pollue la vie de couple, l'empêche tout simplement à la longue, favorise l'incontinence urinaire. (Dr. E, Suisse)

La sécheresse cutanée apparaît comme un signe peu important. Même si le THS est crédité, autant par le monde médical que par les femmes elles-mêmes, d'avoir un effet sur la peau, en lui permettant de rester tonique, ferme et élastique, tous les gynécologues suisses et camerounais interviewés affirment que la sécheresse cutanée n'est pas à elle seule un argument pour recourir à l'hormonothérapie. Il en est de même pour l'ostéoporose, quoi qu'elle représente une affection grave selon les praticiens.

Bien qu'ils reconnaissent l'efficacité du traitement hormonal sur la prévention et le traitement de l'ostéoporose, tous les praticiens affirment qu'en l'absence d'autres troubles climatiques, celle-ci ne constitue plus le seul critère de prescription d'un THS. En cas d'ostéoporose avérée, les praticiens recourent prioritairement à des traitements spécifiques pour l'os :

Disons que la médecine officielle, on va dire les recommandations en Suisse comme dans les autres pays similaires, c'est qu'on traite avec les hormones que les patientes qui ont beaucoup de symptômes : symptômes subjectifs et physiques, elles souffrent beaucoup à ce moment-là. L'os en soi n'est pas un argument pour donner les hormones. En plus essayer de traiter l'ostéoporose non pas avec les hormones, mais avec des anticalciques et du biphosphonate. (Dr. I, Suisse)

Si la femme a l'ostéoporose, ce qui n'est pas très courant, on va lui donner les médicaments spécifiques qui permettent de la soigner. On ne va pas simplement prescrire un traitement hormonal, à moins qu'elle n'ait d'autres troubles de la ménopause qui la gênent. (Dr. F, Camerounais)

Non seulement les médecins n'accordent pas la même importance aux troubles à traiter, mais il leur arrive aussi de procéder par gradation. Pour certains, les troubles méritent d'être traités une fois qu'ils sont présents, qu'ils soient légers ou qualifiés d'importants :

Quand une femme me dit qu'elle a les symptômes, si elle me dit j'ai les bouffées de chaleur, je suis déprimée alors qu'avant je ne l'étais pas ou je suis irritable, le message est qu'il vaut mieux prendre un traitement hormonal que rester plantée avec ses symptômes. (Dr. A, Suisse)

Quand la femme se plaint qu'elle a les symptômes, qu'elle a les bouffées de chaleur ou qu'elle ne dort plus ou que son désir sexuel a baissé, je lui prescris le traitement hormonal. (Dr. B, Camerounais)

Pour d'autres, vus les effets secondaires du THS, seuls les troubles gênants ou invalidants nécessitent d'être traités avec l'hormono-substitution :

Moi, je préfère donner le traitement hormonal seulement aux patientes qui ont beaucoup de symptômes et qui souffrent de leurs symptômes. C'est un peu les recommandations qu'on donne un peu actuellement. (Dresse. Y, Suisse)

Chez les femmes qui souffrent énormément de leurs symptômes et disent qu'elles sont invalidées, on leur propose un traitement d'hormones sous condition et on fait un traitement à une durée limitée. C'est la stratégie, que je crois, la plupart adopte aujourd'hui. (Dr. I, Suisse)

C'est important quand on ne peut pas supporter tous ces changements. Moi je le prescris quand la femme ne peut vraiment pas supporter, quand ça crée un handicap dans le cours de sa vie, sinon je ne le prescris pas. On ne va pas prescrire comme les gens prescrivent le paracétamol aujourd'hui, encore que le paracétamol a ses inconvénients. Et je lui explique que ça va aller en s'estompant. Si vraiment ça vous dérange outre mesure, ça vous empêche de faire votre travail, alors je vais vous prescrire le traitement si votre bilan est

normal, mais si vous pouvez supporter, je préfère que vous supportiez parce que les hormones dans l'organisme, ça peut toujours créer autre chose.  
(Dresse. G, Camerounaise)

Selon l'adage « aux grands maux, les grands remèdes », la plupart des gynécologues affirment alors qu'ils ne prescrivent le traitement hormonal qu'en cas de troubles handicapants, altérant significativement la qualité de vie des femmes. Mais, quoi de plus subjectif que la notion de qualité de vie, d'où la difficulté de montrer comment ils décèlent et différencient les troubles invalidants de ceux qui ne le sont pas. L'opinion des femmes elles-mêmes devient donc nécessaire et la prescription du THS est souvent présentée comme résultant de la demande des femmes.

Tous les gynécologues suisses affirment que les femmes sont généralement impliquées lors de la mise en route d'un traitement hormonal. Après une information sur les risques, les bénéfices et la surveillance du traitement, les praticiens assurent qu'ils laissent une large place à la négociation et ne prescrivent le traitement hormonal que si la femme le demande, comme l'affirme la doctoresse Y, Suisse : « j'essaie de les laisser arriver à la conclusion elles-mêmes. C'est elles qui demandent le traitement ». Il n'est pas rare, selon les gynécologues suisses interviewés et d'après mes observations, de voir les femmes se présenter à la consultation avec des doléances toutes faites – en termes de traitements qu'elles souhaiteraient que le praticien leur prescrive : « Souvent les femmes qu'on voit elles viennent déjà avec une demande et elles savent ce qu'elles veulent. » (Dr. I, Suisse)

Face à cette demande de médicalisation de la part des patientes, la réponse des praticiens dépend du type de sollicitation, tel que j'ai pu l'observer. Lorsqu'il s'agit de la prescription des médicaments phytothérapeutiques ou des traitements hormonaux locaux (gels ou ovules vaginaux), les doléances des femmes sont généralement satisfaites, témoin de la banalisation de l'utilisation de ces traitements supposés être non nocifs et ne présentant pas autant d'effets secondaires que le THS. En revanche, lorsqu'il s'agit de requêtes se rapportant à la prescription de l'hormonothérapie substitutive, la réaction des gynécologues est

variable. Soit, ils y apportent une réponse favorable, estimant que la doléance des femmes exprime une situation de souffrance que le thérapeute doit écouter et résoudre. Dans ce cas, le droit et l'autonomie de la patiente à opérer un choix éclairé, une fois que des explications lui sont fournies, est mis en avant. Soit alors ils ne satisfont pas à la doléance de la patiente en justifiant que celle-ci est contraire à ses intérêts. La résistance s'appuie généralement sur une évaluation des risques encourus qui, selon les praticiens, ne seraient pas suffisamment pris en compte par la femme elle-même. Toutefois, cette ténacité, de la part des praticiens, ne relève pas uniquement de l'altruisme et de la volonté d'œuvrer pour le bien des patientes, car on peut aussi y déceler une détermination à imposer leur point de vue en tant que savoir expert, difficilement accessible aux profanes.

Au Cameroun, la décision de recourir au THS relève essentiellement de la compétence et du « bon vouloir » du gynécologue. Selon les praticiens interviewés, les femmes viennent exposer des troubles qu'elles ressentent et qui leur semblent relever de la gynécologie, mais la décision de les traiter incombe davantage au praticien. Ainsi, si l'on peut affirmer que les troubles sont traités à la demande des femmes, il convient de préciser que celle-ci n'est pas toujours une demande explicite comme elle peut l'être chez les Suissesses :

*C'est rare qu'une femme vienne avec déjà une idée en tête. C'est pas courant. C'est moi qui propose et qui prescris quand il n'y a pas de contre-indications. (Dr. D, Camerounais)*

*Y en a-t-il qui demandent qu'on leur donne le traitement hormonal ? Non, la question ne se pose pas comme ça. Elles laissent la latitude au médecin de lui faire les propositions. Elle dit voilà le problème et que pouvez-vous faire pour moi et vous choisissez la solution à adopter. J'ai rarement vu une qui vient avec une idée précise en tête. (Dr. F, Camerounais)*

Non seulement la décision de traiter la ménopause revient principalement au praticien, mais aussi, l'information sur les risques du traitement n'est pas toujours donnée aux femmes, comme je l'ai souligné dans le chapitre précédent.

Quoi qu'il en soit, au sein de la relation médecin-patient, le THS est perçu comme un objet de soulagement. Comme tout médicament, il donne la possibilité au

thérapeute de répondre aux problèmes évoqués par les femmes, à leur demande qu'elle soit éclairée ou non, explicite ou implicite. Sa prescription témoigne ainsi de la sollicitude du gynécologue et de sa capacité d'action (Van der Geest et Reynolds Whyte 2003), les bénéfices du traitement étant observables autant par la patiente que par le thérapeute. Le recours à l'hormonothérapie semble alors incontournable pour certains praticiens désireux de restaurer la qualité de vie de leurs patientes.

Certains gynécologues suisses soulignent, toutefois, la réticence de plusieurs femmes à prendre le THS. Sous l'effet de la diffusion médiatique des résultats de quelques études, des informations diffusées sur Internet au sujet de la controverse dont est victime le THS, les patientes expriment leur inquiétude face aux risques de cancer associés au traitement et renoncent alors à se faire traiter. Face à ces réticences, la plupart des praticiens déclare se soumettre à la volonté des patientes, en mettant en avant leur responsabilité individuelle et en ne prescrivant pas des traitements dont le bien-fondé est mis en doute par elles. Pour ceux qui partagent les craintes évoquées par les femmes, il s'agit d'une aubaine permettant de limiter la prescription et la consommation de ce traitement. J'ai également pu observer ces hésitations à l'égard du THS de la part de certaines femmes venues en « consultation de ménopause ». Généralement, elles n'ont pas été contestées par les praticiens, d'ores et déjà enclins à prescrire davantage de traitements phytothérapeutiques.

Les gynécologues Camerounais affirment, quant à eux, que peu de femmes ont tendance à refuser de recourir à l'hormonothérapie, lorsqu'ils la leur proposent, ou à en évoquer des réticences. En l'absence d'informations claires sur les risques et les bénéfices du THS, il apparaît logique que celui-ci suscite peu de craintes chez de nombreuses femmes.

### *La durée de prescription du THS*

La durée de prescription du THS apparaît de manière imprécise, variant d'un médecin à un autre. De manière générale, les gynécologues peuvent être classés dans deux catégories : ceux qui pensent que le traitement devrait être prescrit pour une durée maximum de cinq ans, et ceux pour qui il devrait être prescrit à vie ou autant que nécessaire. Que ce soit au Cameroun ou en Suisse, les gynécologues interviewés se trouvent dans l'une ou l'autre de ces deux catégories, les Camerounais étant cependant, plus nombreux à penser que le traitement hormonal peut être poursuivi autant que nécessaire. Ils semblent donc moins sensibles aux effets nocifs du THS.

Pour les premiers, le traitement hormonal, bien que regorgeant de nombreux bénéfices, n'est pas dépourvu d'effets nocifs qui devraient alors être jugulés par une prescription de courte durée :

Normalement, le traitement hormonal on peut le prendre jusqu'à 5 ans. Au-delà de 5 ans, il faut arrêter parce que ça peut aussi avoir d'autres complications : c'est des hormones et ça a des effets sur le cœur, sur le foie et plus la femme vieillit plus il faut faire attention. (Dresse. C, Camerounaise)

Surtout on ne doit pas donner longtemps les hormones synthétiques et chimiques. On ne doit pas dépasser cinq ans pour éviter que les effets secondaires ne soient plus graves. (Dresse. O, Suisse)

Pour les seconds, l'hormonothérapie substitutive permet d'apporter à l'organisme des éléments qu'il ne produit plus. En l'absence de contre-indications et lorsque les femmes présentent des troubles, quels qu'ils soient, l'idée de devoir le limiter à une durée fixe leur semble aberrante :

Il y a des gens qui ont dit, il faut le prendre pendant un maximum de 5 ans. Ça n'a aucun sens si la femme se plaint de symptômes. C'est autant que c'est nécessaire, puisqu'il s'agit d'apporter à l'organisme ce qui lui manque. (Dr A, Suisse)

C'est des traitements qui quand on a commencé on n'arrête pas à moins que la patiente se sente mieux, mais on ne les arrête pas comme à moins d'avoir tout d'un coup une contre-indication. (Dr B, Camerounais)

On ne les arrête pas. Il est donné à vie. On peut faire des petites pauses parce que la personne a un confort et veut l'arrêter, on peut arrêter parce que la personne ne le supporte pas, ce qui peut arriver. Mais normalement puisqu'il s'agit d'apporter à l'organisme ce que les organes ne produisent plus, c'est un traitement qu'on donne à vie. C'est ce qui devrait se faire quand on sait les bienfaits que l'on en attend, d'abord le confort, plus de bouffées de chaleur, de migraines d'insomnies, ces sueurs que les femmes présentent, mais aussi pour la prévention des fractures spontanées que les ménopausées ont, l'ostéoporose et autres... (Dr. F, Camerounais)

Bien qu'ils soient nombreux à penser que le traitement hormonal peut être prescrit indéfiniment si les femmes présentent des symptômes, les gynécologues camerounais reconnaissent cependant que cela n'est pas toujours possible. Envisager de recourir au THS pendant plusieurs années semble peu probable du fait de son coût élevé. En l'absence de sécurité sociale, il n'est pas toujours aisé pour les femmes de se procurer le traitement, surtout pour les femmes de couches moyennes et pauvres de la société.

Tous les praticiens, quel que soit le contexte, affirment toutefois, qu'en cas d'apparition de contre-indication en cours de traitement, celui-ci doit être immédiatement suspendu, quelle que soit sa durée prévue initialement.

Le manque de consensus autour de la durée de prescription du THS reflète bien la controverse que l'on trouve aussi dans la littérature. La durée de prescription du traitement hormonal reste une question épineuse sur laquelle les professionnels de la santé et les experts s'accordent très peu. Il en est de même des risques qui sont associés au traitement.

#### *Perception des risques associés au THS*

Plusieurs études effectuées sur le THS soulignent de nombreux risques qui y sont associés (Lopes et Trémollières 2001 ; Ringa 2003a ; Anaes et Afssaps 2004). Les médecins suisses interviewés rapportent les risques de cancer du sein, de l'endomètre (en cas de prescription d'œstrogènes seuls), de maladies cardiovasculaires, de troubles thrombotiques et emboliques, de maladies hépatiques. Les

Camerounais, quant à eux, insistent davantage sur les cancers du sein, les maladies cardio-vasculaires et les troubles hépatiques. Le Dr. I, Suisse, a parlé d'un risque que les autres expriment peu, à savoir le risque de mortalité élevé :

On sait que les femmes qui prennent ce genre de traitement vivent moins longtemps dans l'ensemble. Avant on pensait que l'œstrogène combat l'ostéoporose ; l'ostéoporose est responsable de la plupart des décès chez les personnes âgées parce que imaginons une personne de 80 ans qui fait une chute et se casse le col du fémur, il y a un grand risque d'en mourir ou en tous cas d'aller tellement moins bien les mois suivants qu'elle va gentiment perdre son autonomie, se laisser aller et mourir. L'ostéoporose est responsable de ça et l'œstrogène est supposé la prévenir. Or, on a remarqué que les gens qui prennent le THS vivent moins longtemps. Ils font plus d'embolie pulmonaire, plus d'infarctus, et peut-être un plus de cancer du sein aussi. (Dr. I, Suisse)

Bien que tous les gynécologues rapportent des risques associés au THS, leur appréhension demeure variable selon les praticiens. Pour certains, les bénéfices du traitement l'emportent sur les effets iatrogènes lesquels sont quelques fois perçus de manière hypothétique :

Je pense que ça a beaucoup plus d'avantages que d'inconvénients puisque ça vous restaure le confort dans votre vie quotidienne et les effets secondaires à ce jour ne sont pas très importants. Donc pour moi, c'est plus avantageux d'avoir un traitement si l'indication médicale existe. (Dr. D, Camerounais)

Le THS c'est bien mais on sait également qu'il est impliqué dans beaucoup d'autres problèmes comme les cancers. On sait que les œstrogènes sont cancérigènes à long terme, mais moi je dis souvent que personne ne lis l'avenir, en tous cas, nous les médecins nous ne fonctionnons pas comme ça. On a l'obligation de corriger la plainte que vous nous apportez aujourd'hui. (Dr. F, Camerounais)

Je pense que c'est un traitement qui implique des risques mais que les risques ne sont pas très grands. (Dr. A, Suisse)

Et pour d'autres, les risques induits par les traitements hormonaux sont bien réels et supérieurs aux bénéfices :

Avec les risques de cancer du sein, d'embolie ou de thrombose, ces traitements ne se justifient absolument pas pour moi. Et moi, je vois tout le temps, ces femmes qui ont pris le traitement hormonal alors que je le leur avais déconseillé qui finissent par avoir un cancer du sein. (Dr. E, Suisse)

Ça aide les femmes qui souffrent des bouffées de chaleur ou d'autres symptômes. Mais il y a toujours les effets secondaires. Maintenant, il y a des

statistiques qui montrent que ça cause de plus en plus cancers du sein ; donc ça signifie qu'il faut diminuer déjà. (Dresse. O, Suissesse)

Moi, je ne le prescris que si la femme ne peut vraiment pas supporter ses symptômes. C'est des produits qui ont beaucoup d'effets secondaires et le but n'est pas de provoquer autre chose dans le corps de la femme. Il faut toujours faire attention, surtout quand on sait que ça peut provoquer des cancers. Pour l'instant, on a encore de la peine à guérir des maladies aussi graves, donc il faut faire attention. (Dresse. G, Camerounaise)

L'étude WHI est souvent citée par les gynécologues suisses pour légitimer leur position. Certains jugent que les risques de cancer évoqués dans cette étude sont exagérés et non applicables à la Suisse, ce qui leur permet de minimiser les risques induits par les traitements hormonaux. D'autres estiment que, même s'ils ne sont pas applicables à la Suisse, les résultats de la WHI mettent en exergue un problème tangible : les molécules utilisées en Europe dans la substitution hormonale, quoi que différentes de celles utilisées aux USA, ne sont pas totalement dépourvues d'effets néfastes et invitent à la prudence.

Les risques encourus par les femmes soumises à l'hormonothérapie sont aussi majorés par la pratique du médecin. C'est le cas du Dr. E, qui affirme être confronté à plusieurs cas de cancers, dont certains seraient, d'après lui, induits par les traitements hormonaux substitutifs. Cela implique donc, selon lui, une méfiance vis-à-vis de ces traitements.

Les gynécologues Camerounais évoquent aussi quelques études, de manière générale, sans en donner les précisions. Certains démentent les risques et d'autres sont plus préoccupés et plus méfiants.

Cette disparité des réponses des praticiens quant aux risques associés à l'hormonothérapie de remplacement traduit clairement l'absence de consensus dont ont parlé certaines interlocutrices, Suissesses, surtout. Au-delà de cette hétérogénéité, si certains présentent le THS comme un facteur de risques et que les autres n'y voient que des avantages, les entretiens et les notes d'observation révèlent néanmoins que les uns et les autres, face aux patientes, ont généralement

tendance à vouloir transmettre de la certitude là où règne l'incertitude, en essayant de convaincre les femmes de leur point de vue.

En outre, de nombreuses précautions sont prises par tous les gynécologues interviewés pour réduire les risques dus à l'hormonothérapie substitutive, qu'ils soient considérés comme hypothétiques ou réels.

Premièrement, il s'agit de s'assurer de l'absence de contre-indications (hypertension, diabète, antécédent personnel ou familial de cancer du sein) et de les respecter lorsqu'elles existent, de veiller à avoir une mammographie et un frottis récents avant de procéder à toute prescription. Les gynécologues camerounais, exigent aussi de leurs patientes un examen lipidique afin de contrôler l'état du cholestérol. Celui-ci n'est pas toujours exigé en Suisse parce que les femmes sont généralement suivies par leur médecin généraliste, affirment les praticiens.

Certains gynécologues suisses, qui manifestent de la méfiance à l'égard du THS, opposent leur pratique à celle de leurs confrères des générations précédentes, plus âgés, qui auraient eu moins de distance par rapport à l'industrie pharmaceutique et auraient prescrit les traitements de manière systématique au cours des premières années d'existence de l'hormonothérapie, sans respecter les contre-indications. Aujourd'hui, on observe une évolution et un changement de culture médicale qui les incite à une plus grande prudence :

Il y a 10 ans, il fallait absolument et systématiquement prescrire les hormones, sinon on avait l'impression qu'on faisait faux. Les médecins ne faisaient pas toujours attention aux contre-indications. Mais aujourd'hui, on peut peser le pour et le contre, moi je suis contente de ça. (Dresse. Y, Suisse)

Mes anciens confrères ont prescrit ça aux dames, sans toujours respecter les contre-indications et elles ont toutes reçu sur de longues périodes des traitements, un peu comme la pilule, tous les jours un petit comprimé ou un gel ou un patch, enfin des choses comme ça, pour contenter les pharmas. Les médecins sont devenus extrêmement prudents quant à la prescription des hormones. Probablement, maintenant il y a un discours beaucoup plus nuancé par rapport à l'intérêt des hormones. On fait un peu plus attention et on essaie de respecter les contre-indications. (Dr. I, Suisse)

Ils portent aussi un regard critique à l'endroit des médecins généralistes qui, selon eux, respecteraient moins les contre-indications. Ce discours de discréditation des médecins généralistes énonce, certes, le souci et l'importance, pour les praticiens interviewés, de respecter les contre-indications. Mais, il révèle aussi la revendication, de la part des gynécologues, de leur expertise en la matière des problèmes liés à l'arrêt des règles, les médecins généralistes ne devant s'occuper que des maux quotidiens.

Deuxièmement, les praticiens estiment que les risques sont réduits avec la prescription des doses minimales permettant d'obtenir l'effet escompté. Chez les femmes ayant encore leur utérus, le risque de cancer de l'utérus encouru en cas d'utilisation d'œstrogènes seuls est réduit par l'adjonction d'un progestatif. Enfin, le recours à la voie transdermique, par l'utilisation des patchs, permet de diminuer les dangers dus à la consommation des œstrogènes par voie orale. Ce traitement se fait spécifiquement en Suisse, car les patchs sont encore rares et plus coûteux au Cameroun, d'après les gynécologues interviewés.

Troisièmement, les risques associés à l'hormonothérapie substitutive peuvent être contrôlés grâce à un suivi régulier et des fenêtres thérapeutiques. Après la phase d'ajustement qui permet de confirmer que le traitement est adapté à la femme, le dispositif de suivi est mis en place. De manière générale, que ce soit en Suisse ou au Cameroun, les gynécologues affirment qu'ils effectuent, une fois par année un contrôle permet de s'enquérir de l'état de la patiente, de faire les examens cliniques indispensables (frottis et mammographie si les derniers datent de plus de deux ans) et de renouveler l'ordonnance. Mais, la question du suivi reste problématique pour les Camerounaises, d'abord à cause du « nomadisme médical » que soulignent pratiquement tous les médecins camerounais. Selon eux, qu'elles soient satisfaites ou non, les femmes peuvent ne pas revenir, changer de médecin ou même de système thérapeutique (recours aux « faiseurs de remèdes » ou autres). Par conséquent, les gynécologues déclarent qu'ils n'ont pas toujours la possibilité de mesurer les pratiques d'observance et de garantir le suivi de leurs

patientes : « si quelqu'un ne vient pas, je n'irai pas la chercher chez elle », affirmait le Dr. D, Camerounais.

Le suivi des Camerounaises est aussi problématique parce que certains médecins, comme le Dr. F, attestent qu'après avoir obtenu le dosage adapté à la patiente, ils établissent des ordonnances renouvelables, pouvant aller jusqu'à une durée de deux ans. Il devient donc difficile de contraindre la patiente de retourner à la consultation, quelques mois ou une année après le début du traitement : « Elles se disent pourquoi rentrer voir le médecin juste pour lui dire que ça va bien si j'ai compris comment il m'a dit de le prendre » (Dr. F, Camerounais).

Par ailleurs, du fait que les femmes ne disposent pas toujours des informations requises sur les effets secondaires des médicaments qui leur sont prescrits et que les femmes prennent elles-mêmes totalement en charge leurs frais médicaux, il n'y a pas de moyens de pression qui les obligeraient à respecter les modalités de suivi mises en place par leur praticien : aller à une consultation de contrôle signifie devoir payer, ce qui ne semble pas important lorsque l'on pense être en parfaite santé. Dès lors, il s'avère difficile de déceler les éventuelles anomalies qui seraient survenues pendant la durée de traitement. Tous ces éléments sont donc susceptibles d'augmenter les facteurs de risques associés à l'hormonothérapie.

Enfin, l'un des moyens pour éviter les risques encourus par le THS consiste à recourir aux traitements hormonaux locaux ou aux médicaments phytothérapeutiques, comme nous le verrons ci-dessous.

#### **b- La prescription des traitements hormonaux locaux et des médicaments phytothérapeutiques**

Les traitements hormonaux locaux consistent en l'application d'œstrogènes ou de progestatifs par voie vaginale (sous forme de gel, d'ovules ou d'anneaux) pour soulager les problèmes liés à la sécheresse vaginale et à l'amincissement des

muqueuses. N'entraînant pas autant d'effets secondaires que les traitements hormonaux classiques, d'après les gynécologues interviewés, ils sont pour eux une alternative lorsqu'il s'agit de juguler uniquement ce symptôme. Contrairement à la baisse de la libido, qui, selon la plupart des praticiens, nécessite la prescription du traitement hormonal substitutif, la sécheresse vaginale, en l'absence d'autres symptômes, mérite d'être traitée localement. Cela permettrait d'« éviter d'arroser tout le corps avec des produits nocifs » (Dr. E, Suisse).

À cause des controverses et des nombreux effets iatrogènes de l'hormonothérapie de substitution, les médicaments phytothérapeutiques sont de plus en plus valorisés. Il s'agit d'extraits de plantes conditionnés sous forme pharmaceutique, à différencier d'avec les phytohormones (sauge, soja), qui sont aussi en plein essor. Ces dernières sont souvent consommées sous forme de compléments alimentaires. Même si certains médecins, suisses notamment, affirment qu'ils conseillent souvent aux femmes d'avoir recours à des tisanes de sauge (pour résorber la transpiration), il n'en demeure pas moins que le recours aux phytohormones reste largement contesté par les praticiens. En effet, les gynécologues interviewés se montrent assez réticents à conseiller aux femmes de recourir aux suppléments alimentaires à base de soja, qui sont en vente libre non soumis à une autorisation de mise sur le marché comme cela est exigé des médicaments. Ces produits échappent donc à la surveillance médicale et l'absence de dosage peut aussi impliquer des effets secondaires importants :

C'est pas forcément inoffensif tous ces trucs. Il faut qu'on fasse attention parce qu'il y a parfois abus de ce qu'on croit être naturel. Je pense notamment au soja avec le grossissement et la tension dans les seins. Il y a des dames qui achètent les trucs à base de soja, qui au lieu de manger ce qu'on trouve dans la nourriture, prennent des suppléments de soja. Comme il n'y a pas de dosage, elles le prennent n'importe comment et puis finalement elles disent j'ai les seins plus gros etc. Le risque est bien moindre que de prendre des hormones en termes de santé, mais il faut quand même faire attention. (Dr. E, Suisse)

Contrairement aux phytohormones, la prescription des médicaments phytothérapeutiques est courante. Plusieurs gynécologues, camerounais et suisses, y ont aussi recours, mais pour des raisons différentes. Les gynécologues

camerounais affirment qu'ils n'y ont recours que lorsqu'ils décèlent une contre-indication à l'hormonothérapie substitutive chez leurs patientes :

Si je trouve la moindre contre-indication, je ne prescris pas le traitement hormonal. Si la femme ne peut pas supporter les symptômes, je lui propose des traitements qui sont à base de plante. (Dr. B, Camerounais)

Les médicaments phytothérapeutiques représentent, à ce moment-là, l'unique possibilité de soulager les femmes de leurs symptômes, notamment les bouffées de chaleur ou les troubles émotionnels.

Pour les gynécologues suisses, à l'exception du Dr. A, pour qui les troubles ménopausiques doivent être traités par la prescription d'hormones, les médicaments phytothérapeutiques représentent une alternative importante pour juguler les symptômes « légers » et « modérés ». Par méfiance à l'égard de l'hormonothérapie substitutive et par mesure de prudence, plusieurs gynécologues affirment qu'ils préfèrent avoir recours à ces traitements, qui selon eux, sont moins nocifs :

De toute façon, je privilégie les traitements un peu soft, un peu doux, phytothérapeutiques par rapport aux hormones. Ça c'est clair. Ça c'est un petit peu euh...je pense, à un moment donné, le médecin... en tous cas, moi j'ai l'impression que je dois me mettre un peu...simplement euh presque comme un vendeur de l'étalage : de proposer des choses qui sont réalistes, qui sont défendables. Chez certaines ça marche, d'autres reviennent au bout de quelques semaines pour dire que ça ne va pas. À ce moment il faut se dire on a essayé les méthodes douces, probablement il faudra essayer pendant une période avec les hormones. (Dr. I, Suisse)

J'essaie toujours autre chose comme la phytothérapie : Cimifémine Climavita, Fémicine<sup>56</sup>. Et si ça ne marche pas tant pis, on donne les hormones. (Dresse. O, Suisse)

---

<sup>56</sup> Il s'agit de trois médicaments phytothérapeutiques qui ont des propriétés similaires : *Cimifémine*, *Cimicifuga Racemosa* est un médicament phytothérapeutique, composé de substances aromatiques et autres adjuvants. Il est utilisé pour les troubles de la ménopause (bouffées de chaleur, accès de sueurs, troubles de sommeil, nervosité et mauvaise humeur). Il peut être utilisé pendant une longue durée et n'a pas de contre-indication ; *Climavita* est un médicament contenant un extrait de la plante médicinale *cimicifuga racemosa* (actée à grappes). Il est utilisé lors de troubles de la ménopause (bouffées de chaleur, accès de sueurs, troubles du sommeil, nervosité et baisse de l'humeur) ; *Fémicine Ménopause* contient comme substance active un extrait de la racine de

L'hormonothérapie substitutive n'intervient alors que si les médicaments phytothérapeutiques s'avèrent inefficaces ou si la femme refuse cette option :

Mais si la femme insiste et qu'elle ne veut pas prendre de phytothérapie, on lui donne les hormones. Si une femme vient elle crie comme ça : je ne peux pas rester sans les hormones... alors, n'importe quel médecin, lui donne, mais c'est pas bon. (Dresse. O, Suisse)

Les praticiens suisses affirment aussi qu'ils ont également recours aux médicaments phytothérapeutiques lorsque les femmes éprouvent des réticences vis-à-vis du traitement hormonal substitutif et qu'elles souhaitent néanmoins soulager leurs symptômes vasomoteurs, comme cela a pu être observé lors des consultations.

Quel que soit le contexte, tous les gynécologues reconnaissent que les traitements phytothérapeutiques sont peu efficaces pour les femmes qui rapportent des troubles importants et invalidants. L'hormonothérapie, reste alors, selon tous les praticiens interviewés, l'option la plus efficace permettant de remédier irrévocablement aux troubles ménopausiques bien qu'ils soient aussi considérés comme produisant le plus d'effets délétères. C'est ce paradoxe qui pousse certains à orienter les patientes vers les médecines dites alternatives.

## **II.2. NATUROPATHES, « FAISEURS DE REMÈDES », MÉNOPAUSE ET TRAITEMENTS**

La substitution hormonale représente une modalité importante de prise en charge ménopausique, mais, elle n'est pas une panacée. Elle est sujette à de nombreuses controverses et critiques qui permettent aux médecines alternatives d'émerger et de prendre de plus en plus de la place dans la gestion de cette étape du cycle de vie féminin. Mais, que représente la ménopause pour les naturopathes et « faiseurs de remèdes » interviewés ?

---

Cimicifuga racemosa. Il est utilisé en cas de troubles de la ménopause tels que bouffées de chaleur, sudations subites, nervosité, brusques changements d'humeur et troubles du sommeil. Toutes ces informations ont été tirées du compendium suisse des médicaments ([www.kompendium.ch](http://www.kompendium.ch)).

### **II.2.1. Les représentations des naturopathes et des « faiseurs de remèdes » vis-à-vis de la ménopause**

Malgré de nombreuses critiques émanant des chercheurs en sciences sociales, des féministes et des thérapeutes des médecines alternatives, la médicalisation de la ménopause a envahi le champ social. La position dominante de la biomédecine et l'élargissement de son champ d'intervention ne sont pas étrangères à cette substitution du référentiel médical au référentiel social. Ainsi, la définition de la ménopause par les naturopathes et les « faiseurs de remèdes » interviewés repose sur le même concept que l'allopathie : la ménopause représente aussi une période de perte, de carence hormonale, même si celle-ci n'apparaît pas toujours explicite dans leurs discours.

Les naturopathes et les « faiseurs de remèdes » rencontrés utilisent un langage médical pour parler de la ménopause. Elle est, certes, principalement définie comme l'arrêt des règles, mais les praticiens lui attribuent aussi un éventail de troubles et utilisent les nosologies médicales :

C'est l'arrêt normal des règles chez la femme et on sait que ça influence la femme. Elle présente beaucoup de troubles : bouffées de chaleur, douleurs articulaires, douleurs des os et autres... il y a le manque d'hormones dans l'organisme de la femme qui commence à créer tout ce désordre. (François, Camerounais)

La ménopause c'est l'arrêt des règles et des sécrétions hormonales qui peut entraîner des effets secondaires tels que les bouffées de chaleur, la sécheresse des muqueuses ou l'ostéoporose. (Martin, Suisse)

Séverin, Camerounais, se démarque des autres praticiens. Son discours fait un amalgame entre plusieurs référentiels. Il oscille entre un référentiel plus ancien, le modèle humoral qui attribue une fonction de purification et une source de bien-être aux règles, et un référentiel médical qui renvoie au cerveau, « moteur des nerfs sensoriels ». Son discours rappelle celui du Dr. A, Suisse, qui attribue aussi l'origine des troubles ménopausiques à un dysfonctionnement cérébral :

C'est l'arrêt des règles, et les règles c'est important dans la vie d'une femme. Elles apportent la santé à son corps et le nettoie. Tout commence par le

cerveau qui est le moteur des nerfs sensoriels. C'est pour ça que souvent quand les règles s'arrêtent, le désir sexuel commence aussi à diminuer. Elles n'ont plus envie. Après, il y a aussi d'autres problèmes comme les bouffées de chaleur. (Séverin, Camerounais)

Les bouffées de chaleur apparaissent une fois encore comme le trouble récurrent. Viennent ensuite la sécheresse vaginale, l'ostéoporose et les troubles émotionnels. Mais, contrairement aux « faiseurs de remèdes » qui attribuent l'origine des troubles ménopausiques exclusivement aux facteurs endogènes (arrêt des sécrétions ovariennes, dysfonctionnement du cerveau), les naturopathes, quant à eux, insistent sur le caractère multifactoriel des symptômes ménopausiques et sur l'implication des facteurs exogènes : « il y a des aspects émotionnels, des aspects sociaux, des aspects hormonaux, des aspects alimentaires, environnementaux » a affirmé Aline, Suissesse.

Tous les praticiens suisses et camerounais reconnaissent, autant que les gynécologues et les femmes elles-mêmes, la variabilité d'expériences ménopausiques. Selon eux, certaines femmes présentent peu de symptômes, d'autres des symptômes plus marqués. Ils affirment aussi que les désagréments de la ménopause sont vécus différemment selon les femmes : certaines femmes accordent une grande importance à leurs troubles tandis que d'autres ont tendance à les minimiser. La gestion de la ménopause, devrait alors tenir compte de ces aspects selon les naturopathes et « faiseurs de remèdes » interviewés.

### ***II.2.2. La gestion des troubles de la ménopause par les naturopathes et les « faiseurs de remèdes »***

Naturopathes et « faiseurs de remèdes » ne bénéficient pas du même statut social dans les contextes au sein desquels ils exercent. Mais, s'ils n'ont pas des méthodes et des techniques similaires, les uns et les autres représentent des alternatives à l'allopathie dans la prise en charge ménopausique.

Bien que le contexte ne leur soit pas favorable autant au niveau étatique, des institutions de santé publique que d'une frange de la population, les « faiseurs de remèdes » interviewés affirment recevoir des femmes qui viennent en consultation pour les troubles ménopausiques. Leur façon de prendre en charge les troubles occasionnés par l'arrêt des règles, autant que celle des naturopathes, passe par l'information et la prescription des traitements, comme cela a été souligné chez les gynécologues.

L'information, selon ces praticiens, porte préalablement sur les explications de ce qu'est la ménopause. Ensuite, les naturopathes se distinguent des « faiseurs de remèdes » en ce sens qu'ils apportent aussi des informations sur les avantages et les inconvénients des différents traitements, y compris de la substitution hormonale, permettant à leurs clientes d'opérer des choix éclairés quant à leur prise en charge ménopausique.

Les « faiseurs de remèdes », pour remédier aux troubles associés à la ménopause affirment qu'ils ont recours aux traitements à base de plantes, d'herbes et d'écorces d'arbres. Ceux-ci sont ingurgités par voie orale, sous forme de tisane ou administrés, par voie anale, sous forme de lavement. Ils agissent particulièrement sur les bouffées de chaleur et le maintien de la libido. Pour ce qui est de l'ostéoporose et des troubles émotionnels, tous les « faiseurs de remèdes » affirment qu'ils n'ont pas de traitements appropriés.

Les naturopathes, quant à eux, ont recours à plusieurs méthodes. Il n'existe aucune recette valable pour tous. Les thérapeutes font recours à une sorte d'approche plurielle faisant appel à différentes médecines douces. Il peut s'agir de la phytothérapie, de l'acupuncture, de l'homéopathie et même de la diététique, utilisées de manière simultanée ou consécutive :

Il y a différents traitements. Ce que je préconise c'est d'abord les séances d'acupuncture et après au bout de deux trois séances, je vois comment la personne réagit. Si elle réagit bien on continue avec les séances d'acupuncture. Si au bout de deux trois séances, il n'y a pas de résultat, les effets ne sont pas notoires, on commence avec l'homéopathie, les massages. (Félix, Suisse)

Pour la ménopause je n'utilise pas d'huiles essentielles mais surtout de la phytothérapie. Souvent je commence avec la phyto. Des fois la phyto suffit et des fois non. Je propose aussi l'acupuncture et ça marche très bien. Et puis, on essaie aussi de voir au niveau de l'alimentation. Si tout ça ne marche pas, on peut leur conseiller un dosage chimique. (Martin, Suisse)

Substituer les hormones de synthèse aux hormones naturelles du corps va à l'encontre de la philosophie de la naturopathie. Celle-ci tente plutôt de stimuler la fonction naturelle des glandes sécrétant ces hormones comme les surrénales (Ruelens 2002). Au moment de la ménopause, il s'agit de rééquilibrer, non de substituer et de vouloir maintenir les taux hormonaux comme à 35 ans (Nissim 1994). Intégrer un programme nutritionnel au traitement et l'adapter à chaque femme, semble en effet une approche adoptée par tous les naturopathes interviewés. Les naturopathes se distinguent alors une fois de plus des « faiseurs de remèdes » car ils recourent à une prise en charge globale qui tient compte du contexte dans lequel vit la femme et de son histoire personnelle. Ainsi, leurs structures ne sont pas simplement des espaces de soins mais aussi d'accompagnement. La durée des consultations plus longue, environ une heure en moyenne, permet de parvenir à une contextualisation des problèmes soulevés par la femme et d'apporter une réponse qui lui soit personnellement adaptée :

Dès la première entrevue, on voit l'histoire de la personne, le vécu, comment la personne réagit face aux émotions, par exemple, le deuil, aux situations de stress, leurs habitudes alimentaires. C'est tout ça qui va permettre de la prendre en charge. (Félix, Suisse)

Soucieux de s'occuper de la personne souffrante et non seulement de son trouble, les naturopathes proposent une approche multidimensionnelle qui permet aux femmes de gérer les troubles physiques et psychiques qui peuvent apparaître à cette période de la vie. Pour Aline, la prise en charge est non seulement multidimensionnelle, mais elle est aussi graduée. En effet, contrairement aux autres naturopathes qui restent, peut-être, dans une logique allopathique de traitement, pour elle, prendre en charge la ménopause n'équivaut pas toujours à administrer des traitements, fussent-ils médicamenteux ou non :

On commence par ne rien faire et on attend de voir. Il y a des femmes qui viennent me voir en pré-ménopause et on discute simplement et peut-être qu'elles passent leur ménopause sans médicament. Ça dépend de ce qu'elles ont. Ensuite nourrir mieux l'organisme peut déjà apporter une amélioration ; puis commencer avec les médicaments naturopathiques. C'est une gradation où on voit au fur et à mesure qu'est-ce qui est possible et qu'est-ce qui ne l'est pas. Donc, nous, ce qu'on a essayé de développer c'est le bas de l'échelle : la prévention, la phytothérapie, voir ce qu'on peut faire au niveau de la nutrition... et de ne garder les choses plus lourdes que quand les choses dépassent ce contexte. (Aline, Suisse)

De par l'organisation des groupes de parole, qui permettent d'éviter une individualisation des problèmes, la dimension de l'accompagnement des femmes dans cette phase de vie apparaît aussi prononcée chez Aline :

L'idée c'est de montrer que ce que vit chacune n'est pas qu'individuel. On a créé des groupes de conscience. Les femmes viennent avec leurs problèmes et on discute. Par exemple la ménopause, on pourrait prendre un groupe de six à huit femmes, les asseoir ensemble, faire une conférence sur le sujet. On a une ou deux animatrices. Chacune parle de son expérience, comment elle a vécu ses premières règles, comment elle vit aujourd'hui sa ménopause. On va faire le tour et voir quels sont les problèmes qui sont communs à plusieurs personnes et on essaie de comprendre le pourquoi du comment. En groupe, quand on entend les histoires des autres, on réalise qu'on n'est pas seule et on en tire des leçons (Aline, Suisse).

Aline serait-elle plus sensible que les autres naturopathes au vécu des femmes ménopausées, étant elle-même une femme ? Cela est plausible, mais il convient aussi de souligner qu'elle a fortement milité dans le MLF (Mouvement de Libération des femmes). Dans un cheminement bio-psycho-social, elle apprend aux femmes de toutes les générations à se réapproprier leur corps, dont le savoir a longtemps été confisqué par la biomédecine et l'Eglise. Cette réappropriation passe, selon elle, non seulement par l'acquisition des connaissances relatives à son fonctionnement, mais aussi par le partage d'expériences entre femmes auquel elle accorde une importance capitale.

Lorsqu'elles suivent un traitement, la durée de celui-ci n'est pas déterminée. Elle apparaît, chez tous les praticiens interviewés comme imputable à l'évolution de l'état de santé de la femme. Les modalités de suivi sont aussi mises en place et les femmes sont généralement invitées à « donner des nouvelles » au bout d'un certain

temps. Cela permet de suivre l'évolution de leur état, de renouveler le traitement ou de le réadapter au cas où il manquerait d'efficacité et n'aurait pas atteint les résultats escomptés. À Yaoundé, cependant, les « faiseurs de remèdes » rapportent la même difficulté que les gynécologues interviewés : l'infidélité des patientes : peu d'entre elles reviennent, ce qui constitue une entrave à leur suivi ou à la vérification de l'efficacité du traitement qu'elles ont reçu.

La question des effets secondaires dus aux traitements employés a aussi été abordée et aucun « faiseur de remèdes » ne souligne des potentiels effets secondaires relatifs à sa prescription. Selon eux, il s'agit de produits naturels qui semblent n'avoir aucun risque pour la santé des femmes.

Les naturopathes ont une fois de plus une attitude différente. Félix et Martin, affirment que tout médicament, y compris un médicament phytothérapeutique est nocif. Tout dépend alors du dosage et de la durée de prescription. Certains produits utilisés mériteraient d'avoir une durée de prescription plus courte. Les effets secondaires comme l'allergie ou la fatigue ont été soulignés, mais semblent rares d'après ces deux praticiens. Aline, quant à elle, ne parle pas d'effet secondaire, mais des difficultés inhérentes au recours aux médecines douces :

Mes méthodes sont beaucoup moins puissantes et pour qu'elles marchent, il faut qu'il y ait un accompagnement sur d'autres aspects autour de cela. Donc il faut changer d'alimentation, l'hygiène de vie, il faut qu'elles aient un bon accompagnement émotionnel, qu'elles ne se dévalorisent pas. La naturopathie est beaucoup plus difficile que l'allopathie. Il faut beaucoup plus d'engagement personnel et il y a des personnes qui ne peuvent pas c'est pour ça que je dis que c'est un choix personnel. (Aline, Suisse)

Si les naturopathes soulignent quelques effets secondaires, ceux-ci restent très relativisés comparés aux risques associés aux traitements hormonaux.

### ***II.2.3. Les médecines alternatives : un pas vers la démedicalisation ?***

La médicalisation est un processus dynamique et bidirectionnel, dans le sens où il peut y avoir médicalisation et démedicalisation. Pour que la démedicalisation d'un

problème survienne, deux conditions sont nécessaires selon Conrad (1992, 2007) : premièrement, celui-ci ne doit pas être défini comme une catégorie médicale pendant une longue durée ; deuxièmement, les traitements médicaux ne doivent pas être considérés comme des interventions appropriées pour le résoudre. Pour illustrer ce phénomène, l'auteur s'appuie sur plusieurs exemples tels que la masturbation, l'homosexualité et la naissance. La masturbation et l'homosexualité apparaissent comme des exemples classiques d'une démedicalisation complète. La masturbation était considérée au XIX<sup>ème</sup> siècle comme une pathologie et requérait une intervention médicale. Un siècle plus tard, elle a cessé d'être définie comme telle et de faire l'objet d'interventions thérapeutiques. Il en est de même pour l'homosexualité. Perçue au départ comme un péché, puis comme une pathologie nécessitant un traitement, l'homosexualité est davantage considérée aujourd'hui comme un style de vie que comme une maladie. Elle a donc été démedicalisée (Conrad 1992, 2007). En revanche, en dépit de sa transformation ces dernières années avec « l'accouchement naturel » sans médication, l'intervention plus prépondérante des sages-femmes dans certains pays ou l'accouchement à domicile, la naissance reste médicalisée, parce qu'elle est toujours définie comme un événement médical, impliquant, dans la plupart des cas, une intervention du personnel médical. Pour qu'il soit démedicalisé, l'accouchement doit avoir lieu à domicile et sans l'intervention des professionnels médicaux (Conrad 1992, 2007). Qu'en est-il de la ménopause ?

Le refus de la médicalisation de la ménopause est clamé par de nombreux acteurs issus autant des milieux profanes (les mouvements féministes et les femmes elles-mêmes) que professionnels, en l'occurrence une partie des médecins et les thérapeutes des médecines alternatives. Ce sont ces derniers qui retiennent particulièrement mon attention dans cette section. Développant une politique contestataire, ils invitent à considérer la ménopause comme une étape naturelle du cycle féminin, à rendre les femmes maîtresses de leur corps et s'opposent à les traiter systématiquement par l'hormonothérapie de remplacement. Le statut de ces

médecines quant à la médicalisation, de manière générale, reste toutefois ambigu. Lowenberg et Davis (cités in Conrad 2007) affirment que l'approche holistique adoptée par les médecines alternatives ne permet pas, en elle-même, d'attester en faveur de la médicalisation ou de la démedicalisation. Certains de ses aspects invitent à pencher vers la première (élargissement de la sphère du pathologique, maintien d'une organisation médicale) tandis que d'autres sont favorables à la deuxième (réduction du recours à la technologie et de la différence entre fournisseurs de soins et clients). Le statut de ces médecines par rapport à la ménopause pose un problème d'interprétation identique. D'une part, on peut supposer qu'elles sont un pas vers la démedicalisation, car elles ont une approche multidimensionnelle qui s'éloigne du modèle de prise en charge de la ménopause de la biomédecine, comme l'a révélé le matériel ethnographique de ce travail. Elles contournent fréquemment la profession médicale et peuvent se passer du recours aux médicaments pour résorber les troubles associés à la ménopause. Elles ont peu recours à la technologie dans la gestion de la ménopause et ont tendance à niveler l'asymétrie qui pourrait se créer dans la relation entre les professionnels de la santé et les patients. D'autre part, on peut aussi considérer que même en s'opposant à la biomédecine, naturopathes et « faiseurs de remèdes » contribuent à renforcer la médicalisation de la ménopause. En effet, le fait pour les praticiens interviewés d'utiliser les mêmes nosologies (arrêt des sécrétions ovariennes, baisse des hormones, symptômes de la ménopause...) que la biomédecine pour parler de l'arrêt des règles ne permet pas de sortir de la sphère du pathologique. Au contraire, la carence hormonale devient un processus évident, naturel, mais ne justifiant pas nécessairement de médicalisation. Ainsi, si ces médecines s'opposent à la substitution hormonale, elles participent néanmoins à la construction de la définition de la ménopause-maladie, en prenant pour acquise et indiscutable la baisse et la déficience hormonales. Par ailleurs, la prescription des thérapies dites naturelles ou douces et même le recours à la pharmacopée, ne remettent pas en cause la prééminence de la valeur santé de même que la responsabilité des femmes dans le maintien d'un corps sain à ce moment de leur

vie. Les recours alternatifs participent alors, sinon à l'accroissement de la médicalisation de la ménopause, tout au moins à sa stabilité et maintiennent l'idée d'un corps à assainir à ce moment de l'existence des femmes.

### **II.3. DIVERGENCES OU CONFLITS ?**

La biomédecine et les médecines alternatives ont des conceptions différentes du corps, de la santé et de la maladie. Il en est de même pour la ménopause. On peut cependant souligner qu'elles partagent l'idée selon laquelle il importe désormais aux femmes de prendre soin de leur corps et de préserver leur santé à cette période de sa vie. La biomédecine et les autres médecines ne sont donc pas forcément rivales, mais poursuivent un même objectif : apporter la santé et le bien-être dont les femmes ont besoin. Au-delà de cette convergence, nous l'avons vu, les gynécologues et les praticiens des recours alternatifs ont des approches divergentes quant à la prise en charge de la ménopause. Mais, si ces professionnels ont des visions et des pratiques différentes à son égard, il me semble peu approprié, dans cette étude, de parler de conflits, au sens de Freund, dès lors que mes interlocuteurs n'exercent pas en présence les uns des autres et que, par conséquent, ils ne s'affrontent pas. En effet, pour Freund (1983), le conflit désigne un affrontement entre des individus ou des groupes qui manifestent à l'égard des uns et des autres une intention hostile, en général à propos d'un droit et qui, pour maintenir, affirmer ou rétablir ce droit, essaient de briser la résistance de l'autre. Ainsi, plutôt que de parler des relations conflictuelles, je préfère mettre l'accent sur les polémiques existantes et sur les désaccords qui s'expriment surtout dans l'attitude que les uns affichent à l'endroit des autres et vice-versa.

#### ***II.3.1. Attitudes des gynécologues vis-à-vis des médecines alternatives***

Au Cameroun, les « médecines traditionnelles » ne bénéficient pas d'un statut légal, comme je l'ai déjà souligné. En milieux urbains, elles suscitent des réticences autant

de la part des médecins que d'une partie de la population, tandis que la biomédecine apparaît comme la médecine par excellence. Ainsi, tous les gynécologues camerounais interviewés se montrent sceptiques vis-à-vis de ces médecines, qu'ils affirment ne pas connaître parce que, disent-ils, ils n'y ont pas été formés. Ils n'encouragent donc aucunement les femmes à s'orienter vers ce genre de thérapies. Cette situation reflète bien le manque de collaboration entre les professionnels exerçant la médecine officielle et ceux qui sont engagés dans l'exercice d'autres thérapies.

En revanche, en Suisse, les médecines dites complémentaires sont assez répandues et intégrées par un large public. Non seulement certaines sont légalement reconnues, mais elles sont aussi introduites dans le système de soin. La médecine officielle cohabite désormais avec ces autres pratiques médicales (Rossi 2011). Parmi les gynécologues rencontrés, le Dr. A est le seul à éprouver des réticences vis-à-vis des médecines alternatives. Pour lui, recourir à ce type de médecines pour soulager les troubles ménopausiques relève d'une aberration, qu'il n'hésite pas à dénoncer :

Ça n'a vraiment pas de sens, à mon sens parce que les médecines douces, c'est des solutions alternatives pour la maladie. Vous avez par exemple quelqu'un qui dit avoir un ulcère ou quelqu'un qui a des rhumatismes et des douleurs. Si vous prenez des médicaments contre le rhumatisme et contre les douleurs, vous allez déclencher d'autres problèmes parce que c'est des médicaments qui vont vous faire mal à l'estomac. Là vous avez typiquement un domaine où les médecines alternatives ont tout leur rôle. Donc c'est des philosophies de la maladie et des solutions pour la maladie. Maintenant, je prends un exemple d'un autre niveau : Si vous avez quelqu'un qui perd une jambe, vous allez lui mettre une prothèse *hum* et quelle est la longueur de la prothèse ? La longueur de la jambe qu'elle avait avant...*oui*. Sous prétexte de faire de la médecine douce, vous n'allez pas lui mettre une jambe plus courte. Vous voyez ce que je veux dire *hum*. C'est plus une maladie, c'est une substitution. Dans la substitution, on va remplacer ce qui manque en essayant de se mettre le plus près possible de ce qui manque. Donc on ne va pas appliquer à la substitution la philosophie de la maladie. Malheureusement, il y a des gens qui, par manque de rigueur, y compris les médecins, appliquent leur technique à la ménopause. (Dr. A, Suisse)

Quoi qu'il s'en défende en établissant une différence entre la maladie et la substitution, le Dr. A a une vision particulièrement pathologique de la ménopause. Déficit hormonal au même titre que le diabète ou l'hypothyroïdie, la ménopause nécessite, selon lui, une hormonothérapie de substitution, perçue comme le seul traitement capable de corriger les anomalies de fonctionnement des glandes endocrines et de les remettre à l'état initial. La comparaison de la ménopause à la perte d'une jambe apparaît aussi remarquable dans son discours. Elle laisse cependant perplexe du moment où ces deux événements appartiennent à des registres différents : la perte d'une jambe pourrait résulter d'une maladie ou d'un accident, alors que la ménopause – naturelle – est une transition de vie, un phénomène physiologique inéluctable. La gestion de ces deux événements devrait ainsi être différenciée, mais elle semble relever du même registre pour le Dr. A. Cette métaphore représente aussi le corps féminin comme un engin mécanique dont on peut remplacer les pièces d'origine, devenues défectueuses, par de nouvelles qui, même si elles sont artificielles, ont le mérite de pallier les pièces manquantes. Cette vision des choses se justifie probablement par sa pratique et sa forte adhésion aux découvertes de l'endocrinologie. Au cours des dernières décennies, le succès de l'endocrinologie (concernant la ménopause) repose en grande partie sur la découverte et la fabrication des hormones dites « bio-identiques ». Celles-ci sont supposées être identiques aux hormones produites par l'organisme de la femme avant la ménopause et permettent une substitution plus physiologique. Plusieurs questions concernant l'indication de ces traitements restent cependant sans réponses et la controverse vis-à-vis de l'hormonothérapie persiste. Mais, elles semblent peu présentes dans le discours du Dr. A, moins préoccupé par les effets secondaires du THS que par le risque de pathologies qu'entraînerait l'absence d'imprégnation de l'organisme en hormones.

Exerçant dans un contexte de pluralisme médical étendu, tous les gynécologues suisses interviewés, à l'exception du Dr. A, affirment qu'il leur est arrivé de conseiller à leurs patientes de recourir aux méthodes alternatives, en l'occurrence

l'homéopathie, la phytothérapie ou l'acupuncture. Pour eux, ces médecines permettent d'apporter à l'organisme l'équilibre dont il a besoin :

À mon avis c'est naturel et ça rééquilibre le corps. Il ne faut pas seulement penser à un organe qui est malade, il faut penser à tout le corps. On peut équilibrer les choses et guérir la maladie. Pour la ménopause, il ne faut seulement penser aux symptômes, il faut penser aussi à la psychologie, à tout le corps. (Dresse. O, Suisse)

Le recours aux médecines dites complémentaires apparaît alors comme une manière de rester attaché à la nature et de prendre en charge le corps de manière globale et non simplement l'organe en manque d'hormones. Je l'ai également noté au cours des consultations observées, où plusieurs fois, des praticiens ont conseillé aux femmes de s'orienter vers la naturopathie pour gérer les troubles ressentis, à cause des risques liés à l'utilisation de l'hormonothérapie. Les méthodes les plus préconisées étaient généralement l'acupuncture et la phytothérapie. Les tensions potentielles entre les gynécologues et les praticiens des médecines alternatives dans la prise en charge ménopausique n'ont donc été que très peu observées dans ce contexte.

### ***II.3.2. Attitudes des naturopathes et « faiseurs de remèdes » vis-à-vis de la biomédecine et de l'hormono-substitution***

Révoltés face à la médicalisation croissante des processus naturels de la vie, les naturopathes militent en faveur d'une gestion différente de la ménopause. Le discours biomédical médicalisant l'arrêt des règles et attribuant le vécu d'une ménopause difficile à toutes les femmes reste critiqué par l'ensemble des naturopathes interviewés.

L'une de leurs principales critiques vis-à-vis des gynécologues et de la biomédecine en général est relative au traitement systématique des femmes ménopausées :

Je n'aime pas la systématique en médecine. Donner un traitement substitutif parce que la femme a la ménopause, ça c'est débile ; d'accord s'il y a les

symptômes de la ménopause, ça c'est autre chose. Et encore, la solution hormonale est l'une des réponses possibles (...) Si la femme est déprimée dans sa relation avec son mari, qu'elle n'a pas de travail, avoir une réponse hormonale, comme souvent la médecine allopathique le fait, ben c'est une réponse totalement insuffisante. C'est une bonne réponse, mais c'est une réponse standard, mais qui n'est pas une réponse intelligente parce qu'il y a beaucoup de choses à travailler. C'est pour ça que je fais des médecines complémentaires qui sont des médecines individualisées. (Martin, Suisse)

La décontextualisation des problèmes soulevés par les femmes, le fait de les ramener à leur état strictement biologique, et le manque de rigueur quant à l'évaluation des risques et bénéfices des traitements utilisés ont aussi été soulignés. Par ailleurs, certains naturopathes révèlent le fait que les médecins ne communiquent pas suffisamment avec les femmes et font des prescriptions que certaines ont souvent de la peine à comprendre :

Moi, je constate que les allopathes ne font jamais la discussion. Ils ne prennent pas le temps d'évaluer les avantages et les inconvénients. Ils vous font juste une ordonnance. Ils ne prennent plus le temps de comprendre. Si une femme a des bouffées de chaleur de manière importante, qu'est-ce qui se passe dans sa vie ? C'est quoi le contexte ? Il y a des gens qui ont des problèmes psychosomatiques et les médecins n'y apportent que des solutions somatiques. (Aline, Suisse)

Les « faiseurs de remèdes » quant à eux ne se prononcent pas sur le discours biomédical – qui reste d'ailleurs peu critiqué au Cameroun – mais exclusivement sur les effets iatrogènes des traitements hormonaux substitutifs :

Il paraît que c'est un traitement qui peut avoir beaucoup d'effets secondaires. J'ai entendu parler de cancer du sein, les autres je ne sais pas trop. Donc, je pense que ça peut être dangereux de l'utiliser, surtout pendant longtemps. (André, Camerounais)

Comme les « faiseurs de remèdes », les naturopathes affirment que le THS regorge de plusieurs effets délétères, notamment l'augmentation du risque de maladies tumorales et cardiovasculaires, qui n'a pas été rapporté avec l'utilisation des médicaments à base de plantes. L'hormonothérapie, apparaît cependant, selon tous les praticiens suisses, comme un traitement efficace contre les troubles attribués à la ménopause :

Ça marche mieux pour les bouffées de chaleur, les troubles de sommeil, la sécheresse vaginale et l'ostéoporose. (Aline, Suisse)

L'avantage c'est vraiment la suppression des symptômes. En peu de temps, les résultats sont atteints. (Félix, Suisse)

La biomédecine ou le THS ne sont alors pas complètement ou systématiquement rejetés par les naturopathes. En cas de non satisfaction des femmes, ils affirment qu'ils les orientent vers la biomédecine, pour recourir à cette option radicale, plus à même de venir à bout des symptômes ménopausiques. Il s'agit d'une attitude qui consiste aussi à tenir compte de ses limites :

On n'est pas ici pour souffrir. Si on n'arrive pas à satisfaire les femmes... Moi, je n'arrive pas toujours avec plantes. Si je vois que ça ne va pas mieux, je les envoie chez le gynécologue. (Martin, Suisse)

Cependant l'orientation des femmes vers l'allopathie n'est pas systématique pour les thérapeutes interviewés. Il s'agit préalablement d'analyser, avec la patiente, les avantages et les inconvénients relatifs à la substitution hormonale et de la laisser opérer un choix éclairé. Elle apparaît alors comme pleinement active.

Même s'ils admettent qu'il leur arrive d'orienter les femmes vers l'allopathie, le but pour les naturopathes interviewés demeure d'en orienter très peu. Compte tenu des effets nocifs attribués au THS, ils préfèrent, dans la plupart des cas, éviter cette option radicale. Les « faiseurs de remèdes » semblent plus rigides et affirment qu'ils ont de la peine à conseiller à leurs clientes de recourir au THS. Mais cette position mérite aussi d'être analysée à la lumière du contexte local. Puisqu'ils exercent comme indépendants et vivent de ce métier, l'orientation des femmes vers l'allopathie voudrait également signifier la perte de leur clientèle, ce qu'ils ne souhaitent probablement pas.

Les différentes attitudes des praticiens relevées, les uns à l'égard des autres, permettent de mettre en évidence le manque de collaboration à l'origine des désaccords exprimés. En effet, il apparaît assez clair qu'au Cameroun, les

gynécologues et les « faiseurs de remèdes » ne collaborent point dans le cadre de la prise en charge ménopausique, comme dans d'autres domaines d'ailleurs. En Suisse, si l'on peut parler d'une intégration des médecines alternatives dans le système de santé, cela ne sous-entend pas forcément un dialogue et une réflexion constructive avec la biomédecine autour de la complémentarité des connaissances et des pratiques, en l'occurrence ici en ce qui concerne la prise en charge de la ménopause. Ainsi, d'une part, on peut relever que le scepticisme du Dr. A à l'endroit des recours alternatifs provient principalement du fait qu'il estime que ces derniers fournissent des traitements qui lui paraissent inappropriés. Or, nous l'avons vu, la gestion de la ménopause par les naturopathes ne se limite pas à l'administration des traitements, encore que ceux-ci semblent parfaitement adaptés selon d'autres gynécologues. Ces professionnels fournissent également des services axés sur l'écoute et l'accompagnement que le Dr. A semble ignorer.

D'autre part, on peut aussi comprendre que si plusieurs naturopathes dénoncent une prescription systématique des traitements hormonaux aux femmes par les gynécologues et une mauvaise évaluation des bénéfices-risques, c'est par leur méconnaissance de l'évolution de la pratique clinique des gynécologues au quotidien et de sa distinction d'avec celle qui est décrite dans les textes médicaux. En effet, comme l'ont souligné tous les gynécologues interviewés, et comme j'ai pu l'observer au cours des « consultations de ménopause », le THS n'est pas prescrit aux femmes de manière systématique. De plus, à l'exception du Dr. A, tous les autres gynécologues suisses interviewés sont ouverts aux recours alternatifs pour juguler les troubles ménopausiques. Il a déjà été démontré que le monde médical est pluriel et parsemé de divisions en son sein (Vuille et al 2006). Ainsi, bien que la profession médicale soit considérée comme l'un des moteurs principaux du processus de médicalisation, il convient de souligner que tous les médecins n'adhèrent pas à la pathologisation des phénomènes sociaux. Comme pour l'accouchement et la naissance, des voix se sont élevées contre la médicalisation de la ménopause au cœur même de la profession médicale (Vuille et al 2006). On peut

ainsi voir que le docteur E, Suisse, se démarque particulièrement de ses collègues, en affirmant ouvertement son opposition à la pathologisation de ce qu'il considère comme une étape normale de la vie. Il est d'ailleurs réputé, au sein de l'hôpital H d'être « anti hormones » :

Je fais partie des gens qui ont combattu les hormones, mais vraiment combattu. La ménopause n'est pas une maladie, c'est une étape de la vie, libération juste des règles ; et on en a fait une dans cette partie du globe. Moi, je n'hésite pas à le dire quand l'occasion m'est donnée. J'ai été invité en 2000 dans une émission à la TSR, avec d'autres médecins et je l'ai affirmé. Après cette émission, j'ai été fustigé par de nombreux collègues, mais personnellement, je pense qu'on a fait une montagne pour rien. Bien sûr, je donne le traitement, mais je ne le fais que si la femme le demande (Dr. E, Suisse)

Bien que ce cas soit isolé ou singulier, il permet de mettre en évidence le fait qu'une opposition à la médicalisation peut être impulsée de l'intérieur de la médecine, ce que semblent ne pas prendre en considération plusieurs naturopathes.

En somme, un décalage s'observe entre les pratiques des différents professionnels et les représentations qu'ils ont, les uns à l'égard des autres. Je l'explique principalement par le manque d'espace de discussion et de collaboration entre ces différents professionnels, illustratif de la cohabitation d'une pluralité de médecines qui s'ignorent et pas forcément de l'émergence d'une médecine plurielle qui s'interroge (Rossi 1996).

## Conclusion

On retiendra de ce chapitre qu'au niveau de la prise en charge institutionnelle la ménopause ne bénéficie pas de la même attention dans les deux contextes d'étude. En effet, si elle fait l'objet de recommandations formelles en Suisse, non seulement de la part de la Société Suisse de Ménopause et des responsables du département de gynécologie de l'hôpital H, il n'en est pas de même au Cameroun où il n'existe pas de prise de position formelle. Néanmoins, malgré ces cadres institutionnels différents, des tendances communes, au-delà des variantes, peuvent s'observer dans les pratiques des professionnels de la santé. En l'occurrence, qu'ils soient camerounais ou suisses, les gynécologues partagent une même définition de la ménopause. Comme dans la littérature, l'arrêt des règles, n'est plus que secondaire et l'arrêt de la production des hormones ovariennes est largement mis en avant. De ce fait, bien qu'ils affirment que la ménopause soit un phénomène physiologique naturel, la quasi-totalité des gynécologues interviewés la décrit comme une pathologie d'insuffisance endocrinienne. De nombreux symptômes sont alors soulignés : bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, troubles de la sexualité, troubles émotionnels et ostéoporose, cités de manière récurrente. Les phénomènes symboliques tels que la perte de la féminité ou de la jeunesse restent abordés de manière marginale.

Cependant, contrairement au discours biomédical dominant dans la littérature, tous les gynécologues, quel que soit le contexte, reconnaissent que l'expérience de la ménopause est variable d'une femme à l'autre, d'où le recours à une prise en charge adaptée aux besoins de chacune. Celle-ci porte non seulement sur l'information, mais aussi sur les prescriptions médicamenteuses permettant de réguler les désagréments rapportés par les femmes. Médicaments phytothérapeutiques, traitements hormonaux locaux et substitutifs constituent les trois options régulièrement proposées aux femmes. Cette dernière option est présentée par tous les gynécologues interviewés comme étant la plus efficace pour remédier aux troubles associés à l'arrêt des menstruations. Mais, s'ils

reconnaissent, de manière univoque, l'efficacité remarquable du THS, ces gynécologues n'ont pas une attitude homogène face aux risques qui lui sont associés. Ceux-ci apparaissent, hypothétiques pour certains et bien réels pour d'autres praticiens, qui essaient de les contrecarrer en mettant en place plusieurs stratégies : respect des contre-indications, prescriptions des doses minimales efficaces, suivi régulier.

Malgré ces stratégies de contrôle mises en place, le THS reste controversé, notamment par les thérapeutes des recours alternatifs qui ont aussi été sollicités dans le cadre de ce travail. Bien qu'ils exercent dans des contextes politique et socioculturel différents, la définition de la ménopause par les naturopathes et les « faiseurs de remèdes » présente de nombreuses similitudes. En l'occurrence, leurs définitions de la ménopause témoignent de l'infiltration du référentiel médical dans le tissu social. Ainsi, si pour eux, elle est prioritairement définie comme l'arrêt des règles, la ménopause est aussi associée à un éventail de troubles. Les bouffées de chaleur, toujours en tête de liste sont suivies des troubles sexuels, émotionnels et de l'ostéoporose. Toutefois, ils reconnaissent aussi, tout comme les gynécologues et les femmes elles-mêmes, la variabilité des expériences de la ménopause, entraînant la gestion de ce phénomène de manière individualisée. Au-delà de ces convergences, naturopathes et « faiseurs de remèdes » ont une approche différenciée de cette phase de la vie. Pour ces derniers, la prise en charge ménopausique passe principalement par des traitements, fussent-ils naturels. Les naturopathes, quant à eux, ont recours à une approche plurielle et multidimensionnelle permettant une prise en charge globale de la femme à ce moment-là. Homéopathie, acupuncture, phytothérapie et diététique sont utilisées de manière exclusive ou inclusive selon une méthodologie graduelle, qui varie en fonction de la situation de chaque femme.

N'exerçant pas dans des conditions de face-à-face, il semble assez complexe d'illustrer des situations conflictuelles entre les gynécologues et les thérapeutes des médecines alternatives dans la prise en charge ménopausique. Cependant,

certaines attitudes exprimées par les uns à l'égard des autres et réciproquement, permettent de mettre en perspective des désaccords existant entre ces différents thérapeutes dans la prise en charge des femmes. Ceux-ci découlent principalement de l'absence de collaboration entre des professionnels dont les pratiques respectives restent méconnues des uns et des autres, malgré la cohabitation des différentes médecines.

Après avoir analysé les représentations et les méthodes employées par les professionnels de la santé interviewés pour résorber les troubles qu'ils associent à la ménopause, je vais maintenant m'attarder sur les stratégies que les femmes elles-mêmes mettent en place pour faire face aux troubles, lorsqu'ils existent.



## CHAPITRE VIII : GESTION INDIVIDUELLE DE LA MÉNOPAUSE

Les comportements, tout comme les faits organiques ne sont pas toujours univoques. Malades, les individus se comportent différemment : certains interrompent leurs activités, d'autres pas, certains se soignent alors que d'autres non (Herzlich 2005). Il en est de même de la prise en charge individuelle de la ménopause. Les modifications qui surviennent à cette période revêtent une signification qui varie selon les femmes et conditionne, en partie, les pratiques qui vont être employées pour gérer cette étape de la vie. Elles ont alors diverses manières de se positionner et de gérer les troubles ménopausiques lorsqu'elles les éprouvent. Certaines choisissent d'y remédier par des traitements et d'autres, préférant suivre le cours de la nature, choisissent de ne rien faire. Ces options, relèvent, à la lumière de l'analyse des entretiens<sup>57</sup>, des convictions et d'un choix personnels. Mais, elles devraient aussi être saisies à travers les schèmes interprétatifs qui sont socialement et culturellement propres aux femmes au sein desquels le paradigme médical prend de plus en plus d'importance. Le chapitre se divise en plusieurs sections. Les trois premières présentent les stratégies mises en place par mes informatrices. La quatrième révèle les variables susceptibles d'influer sur leurs choix et la dernière explore l'attitude des femmes quant à la médicalisation de la ménopause.

---

<sup>57</sup> Étant donné qu'il n'a pas toujours été possible de connaître les représentations des femmes observées en « consultations de ménopause » sur l'arrêt des règles ou sur ses traitements, les réflexions faites dans cette partie s'appuient davantage sur les entretiens réalisées auprès des Camerounaises et des Suissesses.

## **I. DE L'ACCEPTATION ET DE LA NÉGOCIATION AVEC LE CORPS**

Pour une minorité de Suissesses et pour la majorité des Camerounaises, la ménopause ne nécessite pas de traitements. Pour elles, la ménopause est un processus naturel du cycle de vie féminin connu de toutes les femmes. Dès lors, même si elles rapportent divers troubles, elles insistent sur le fait que l'arrêt des règles ne doit pas être considéré comme une maladie. L'abstention thérapeutique n'est pas uniquement réductible à celles qui affirment qu'elles n'ont pas de troubles ou qu'elles ont des troubles supportables. Elle met ainsi en question l'universalité de la perception et de l'interprétation d'une même sensation (Détrez 2002). La plupart de ces femmes adopte une attitude d'acceptation et de négociation avec ce corps qui change :

Au début je me disais oh là là, c'est quoi ça puis après, je me suis dit il faut faire avec. On vit mieux les choses si on les accepte, si on les apprivoise plutôt que si on les combat. Ça vient un peu plus souvent, c'est un peu gênant, mais toujours avec l'idée de me dire que ça va passer. Je compare ça presque à une contraction au moment de l'accouchement pour dire ah là voilà qui arrive cette petite bouffée désagréable. Vous ne pouvez pas la maîtriser ni par la respiration ni par rien, mais vous savez qu'à un moment, elle va de nouveau s'en aller. Donc, voilà. J'essaie pas de la combattre, mais de la prendre en amie. (Carmen, Suissesse, 56.5 ans, travailleuse indépendante)

Je supporte assez bien. Je crois que c'est aussi une question d'approche et de se dire que c'est quelque chose de naturel qui arrive et je n'en fais pas ni une fixation ni un problème. Alors du coup je pense qu'on l'accepte aussi. (Theresa, Camerounaise, 50 ans, employée)

Certaines s'adaptent aussi aux changements en modifiant leurs habitudes vestimentaires :

Au début, on est très surprise et puis après on sait un peu comment ça vient, et on essaie de se déshabiller un peu discrètement dans les séances sans que tout le monde ne s'aperçoive. Puis, on fait aussi attention à la façon dont on s'habille. C'est fou, mais c'est l'âge où on ne supporte plus d'avoir tous ces trucs qui vous couvrent entièrement (Carine, Suissesse, 58 ans, cadre)

Avec les bouffées de chaleur, j'ai commencé à m'acheter des jaquettes, plus tellement les cols roulés en hiver. (Emilienne, Suisse, 63 ans, indépendante)

Une attitude positive aide à mieux gérer les bouffées de chaleur, comme on peut le constater avec Claudia qui s'estime peu gênée par celles-ci alors qu'elle les a depuis de longues années :

À 32 ans, j'ai commencé à avoir les bouffées de chaleur. Elles venaient tout le temps et m'incommodaient vraiment. Le toubib m'a dit que c'est la pré-ménopause. Je lui ai répondu, mais je n'ai que 32 ans et il m'a dit c'est normal. J'ai finalement dû attendre 27 ans, avant que la ménopause n'arrive (elle a eu la ménopause à 59 ans) ... Chaque fois que j'avais des bouffées de chaleur, je plaisantais, ah j'ai des vapeurs, tout le monde éclate de rire et on s'en débarrasse et ça passe comme ça. (Claudia, Suisse, 61 ans, AI)

Si certaines femmes refusent cette fatalité qu'est la ménopause en recourant aux traitements, d'autres refusent la lutte, parce que justement c'est la ménopause, phénomène naturel et évolution féminine inéluctable (Lachowsky 2003). C'est dans cette optique que se trouvent plusieurs Camerounaises interviewées. Pour la plupart d'entre elles, il vaut mieux ne pas contrecarrer la nature et accepter cette transformation du corps, y compris ses désagréments. Bien que ceux-ci leur paraissent incommodes, ils n'engagent pas le pronostic vital. Dès lors ni l'idée de traitement ni celle de contrôle de leur destin biologique ne sont véritablement prises en compte par ces femmes :

Je crois que le plus important c'est d'accepter parce que la plupart que je connais sont bien malades maintenant, c'est parce qu'elles n'acceptent pas. C'est la nature, il faut l'accepter. Quand j'ai commencé à avoir des bouffées de chaleur, il y a des amies qui m'ont conseillée d'aller voir le gynéco pour prendre un traitement. Mais, moi, je leur ai répondu que je n'en ai pas besoin. Je ne vais quand même pas me faire traiter pour la ménopause. C'est pas une maladie pour chercher à se faire soigner. Personne n'en est jamais mort. (Alexia, Camerounaise, 58 ans, cadre)

J'ai eu des bouffées de chaleur dès que mes règles sont parties. Pendant longtemps c'était très fort, et puis ça a commencé à diminuer seul.

*Elles étaient supportables ? C'était pénible.*

*Plutôt la journée ou la nuit ? N'importe quand. La nuit dans ton sommeil. Tu te lèves le drap est déjà mouillé.*

*Et qu'as-tu fait pour soulager ces désagréments ? On fait avec, on ne peut rien y changer. Si ça finit un jour tant mieux. Si ça ne finit pas ... À quoi ça sert de prendre quelque chose. On ne va pas commencer à se faire soigner pour la ménopause. Ce n'est pas une maladie. On a supporté l'inconfort des règles, les nausées pendant les grossesses, moi, je trouve qu'on peut encore supporter les petits inconvénients de la ménopause. (Katia, Camerounaise, 57 ans, cadre)*

L'abstention thérapeutique peut être définitive ou temporaire. Les Camerounaises sont, toutefois, plus nombreuses à n'avoir recouru à aucune thérapie pour remédier aux troubles comme les bouffées de chaleur, l'irritabilité ou la sécheresse vaginale<sup>58</sup>. En Suisse, en revanche, du fait de la plus grande accessibilité des femmes aux traitements, deux Suissesses seulement affirment n'en avoir jamais fait usage pour soulager les troubles associés à l'arrêt des règles. Les autres Suissesses qui déclarent s'abstenir de tout traitement au moment de l'enquête ont déjà, au moins une fois, dans le passé, eu recours soit à un traitement hormonal, substitutif ou local, soit aux médicaments phytothérapeutiques ou à la naturopathie pour soulager les troubles constatés. Pour plusieurs raisons, elles ont choisi de s'abstenir ou de les interrompre : symptômes devenus supportables, insatisfaction à l'égard des multiples traitements, persistance des symptômes, peur des effets secondaires.

Au-delà de cette attitude d'acceptation, la négociation avec le corps, à la ménopause, passe aussi, pour plusieurs femmes, par la mise en place ou par le recours à diverses techniques d'entretien de ce corps.

## **II. LES PRATIQUES D'ENTRETIEN DU CORPS**

L'histoire de l'entretien du corps n'est pas celle des maladies ou des thérapies. Elle est une histoire des défenses, des calculs et des prévisions, des attitudes, des stratégies et des comportements qui sont censés procurer le bien-être à

---

<sup>58</sup> L'abstention thérapeutique n'est souvent valable que pour ces troubles classiques. Mais, pour les céphalées, les douleurs articulaires ou dorsales qu'elles attribuent aussi à la ménopause, ces femmes ont très souvent recours aux antidouleurs, acquis auprès des commerçants de la rue ou prescrits par des médecins.

l'organisme et assurer à l'être humain une vie saine et longue, affirme Vigarello (1999). Aussi, la gestion du corps par les femmes interviewées ne passe-t-elle pas uniquement par le choix d'une médication appropriée. Elle porte également sur une hygiène de vie qui est, néanmoins, indissociable du souci polymorphe de correction des déviances et des transformations subies dès l'arrêt des règles. La majorité des femmes interviewées est donc engagée dans une discipline corporelle active, par le contrôle de l'alimentation, l'exercice physique et les soins cosmétiques et esthétiques.

### **II.1. L'ALIMENTATION ET L'EXERCICE PHYSIQUE**

Au cours de l'histoire, hommes et femmes ont multiplié des efforts pour entretenir leur corps selon les idéaux mythiques difficilement atteignables, mais l'intérêt pour le corps semble devenu grandissant au cours des années soixante (Travaillot 1998). Dès cette époque, l'alimentation et l'activité sportive sont devenues des moyens primordiaux permettant d'atteindre l'excellence corporelle.

La quasi-totalité des Suissesses (19) et plus de la moitié (12) des Camerounaises interviewées affirment qu'elles font attention à leur alimentation. Elles veillent à « bien manger », à « manger sain ». Elles insistent particulièrement sur la qualité des plats consommés, les aliments sains étant ceux qui nourrissent le corps sans l'enlaidir (Duret et Roussel 2003). Mais, le « bien manger » n'a pas forcément la même connotation chez les Suissesses et les Camerounaises. Pour les premières, le « bien manger », le « manger sain » se déclinent dans une consommation privilégiant les fruits et les légumes, les aliments frais, naturels, variés et équilibrés, faibles en matières grasses :

Je tâche de manger des choses faites maison, ne pas manger des trucs industriels. J'essaie, j'aime bien manger beaucoup de fruits, beaucoup de légumes, éviter le gras. Bien se nourrir, je pense que ça doit se refléter sur notre corps, notre peau, sur tout quoi... (Bernadette, Suissesse, 61 ans, FFNE)

J'essaie de me nourrir sainement. C'est-à-dire faire la cuisine avec des produits frais, manger équilibré, manger des fruits et légumes, très peu de matière grasse pour éviter le cholestérol. J'utilise l'huile d'olive ou l'huile de colza (Berthe, Suisse, 59 ans, FFNE)

Pour les secondes, il s'agit davantage de sobriété et de diminution des matières grasses dans leur alimentation :

Je fais quand même attention. J'évite les trucs trop gras, comme la sauce d'arachides ou les repas avec les noix de palme parce que si tu ne fais pas attention, tu commences seulement à gonfler. (Mariane, Camerounaise, 65 ans, travailleuse indépendante)

J'évite de manger des trucs trop gras, et puis je diminue surtout les quantités parce que j'ai remarqué que si je ne fais pas attention, je prends facilement du poids. Comme je sais déjà c'est comme ça, j'essaie de me discipliner. (Roberta, pré-ménopausée, Camerounaise, 48 ans, cadre)

Mais, le souci de contrôler l'alimentation correspond chez les unes comme chez les autres à la volonté de répondre au souci de légèreté. Il est, cependant, moins présente chez les Camerounaises, d'une part, à cause du coût économique et des conditions de vie difficiles dans les couches moyennes, qui conduisent à consommer davantage ce que l'on peut s'offrir plutôt que ce que l'on aimerait manger ; et d'autre part parce qu'il exige une régularité de vie et une discipline qui ne peuvent se développer dans des conditions sociales et économiques marquées par la précarité.

Pour la plupart de ces femmes, le « bien manger » n'est pas nouveau. Il s'inscrit dans la continuité et constitue une priorité antérieure à la ménopause. Pour une minorité, il s'agit d'une préoccupation qui, sans être nouvelle, prend de l'ampleur depuis l'arrêt des règles, à cause des transformations corporelles constatées qui lui sont attribuées.

Quant à la pratique d'exercices physiques, elle semble aussi très répandue chez les Suissesses. Les activités sont variées et vont de la marche à la danse en passant par la course à pied, la gymnastique, le fitness, le vélo et la natation. Chez les

Camerounaises, par contre, l'exercice physique semble relever d'une pratique de distinction (Bourdieu 1979), car elle croît avec la position sociale (Détrez 2002). Ainsi, trois femmes seulement ont souligné leur engagement dans des clubs de gymnastique. Il s'agit des femmes appartenant à une classe sociale élevée, les autres semblant moins engagées dans des pratiques d'exercices physiques précises. Elles ne se considèrent pas, pour autant, sédentaires, car elles font beaucoup de marche et d'efforts physiques dans leurs activités quotidiennes, domestiques et/ou professionnelles.

Pour les femmes qui sont engagées dans la pratique d'exercice physiques, celle-ci s'inscrit aussi dans la continuité. Mais, contrairement aux pratiques alimentaires qui semblent prendre de l'ampleur à l'arrivée de la ménopause, l'activité physique ne semble pas s'accroître. Au contraire, quelques unes se désengagent même des activités habituelles du fait des problèmes de santé récents.

L'hygiène de vie, traduite par le contrôle de l'alimentation et la pratique de l'exercice physique a pour principal objectif, selon les femmes, d'éviter la prise de poids. Celle-ci est combattue pour deux raisons : premièrement, sur le plan esthétique, elle entraîne une transformation de la silhouette ; deuxièmement, sur le plan de la santé, elle peut être une source de mal-être et provoquer des maladies.

Une alimentation saine et l'exercice physique permettent de garder la ligne ou de perdre les kilos superflus. Ils contribuent ainsi à préserver ou à rétablir le rapport narcissique avec son corps. La grosseur est interprétée, par la majorité de ces femmes et spécifiquement les Suissesses, comme résultant d'une mauvaise hygiène de vie, d'un laisser-aller, d'un manque de contrôle ou d'une défaillance morale (Foucault 1984a). La présentation physique de soi semble donc valoir socialement pour une présentation morale, le gros étant alors soupçonné d'être sans volonté, sans discipline, et de manquer de contrôle sur son corps (Duret et Roussel 2003). À l'inverse, le mince témoigne de sa capacité à se dominer et à contrôler son corps.

L'intériorisation de ces normes par les femmes joue un rôle important dans l'insatisfaction par rapport à leur poids à la ménopause. Elles redoublent alors de vigilance et lorsqu'elles se rendent compte que l'hygiène de vie habituelle ne suffit plus, certaines de ces femmes s'engagent dans des régimes diététiques dans le but de retrouver la silhouette désirée.

Par souci de conformité aux codes esthétiques de leur contexte social, les Suissesses semblent particulièrement repousser la grosseur. Cependant, être mince n'est pas une obsession pour toutes les Suissesses : Anaïs et Claudia se font avocates d'une esthétique toute en rondeur. Anaïs semble trouver une consolation dans la grosseur en affirmant qu'elle a moins de rides parce qu'elle est ronde et que les femmes minces ont l'air de vieillir plus vite. Claudia, quant à elle, s'empresse de qualifier les mannequins filiformes de « squelettes ambulants ». Bien, que la prise de poids leur déplaise, certaines Suissesses s'engagent dans une négociation avec elles-mêmes qui conduit à l'acceptation de ce corps transformé.

La Société camerounaise subit aussi l'influence des canons esthétiques occidentaux. Aujourd'hui, avec les médias et la publicité, ainsi qu'avec les nombreux magazines féminins accessibles à un grand nombre de citoyens, le modèle de la femme grande, mince et si possible de teint clair est de plus en plus prégnant. Dans les familles aisées, le devoir de la minceur tend à devenir une règle. Cependant, plusieurs Camerounaises, interviewées oscillent entre l'idéal de beauté des femmes caractérisé par l'embonpoint et la promotion de la minceur dans la société actuelle (Sow et Bop 2004). Bien que la plupart de ces femmes affirme être insatisfaites de la prise de poids qu'elles attribuent à la ménopause, une ambivalence les caractérise néanmoins : la grosseur est repoussée, tout comme la maigreur, d'où l'utilisation des expressions « il faut être moyen, pas trop gros, pas trop mince ». En outre, les canons de beauté de la femme ne se réduisent pas à son apparence physique, mais s'étendent à son comportement vertueux, c'est-à-dire sa capacité à satisfaire aux attentes sociales. Ce pourrait être, en partie, une raison pour laquelle les

Camerounaises paraissent moins enclines à contrôler leur poids. Toutefois, si ça n'est pas pour des motifs esthétiques, la crainte de contracter des maladies ou la volonté de préserver leur capital santé semblent les rendre plus attentives à cette pratique.

Avec le « bien manger » et la pratique de l'exercice physique, ce sont non seulement les catégories esthétiques qui sont mobilisées, mais encore les catégories fonctionnelles et sanitaires. Ces deux techniques d'entretien du corps ont aussi pour objectif de procurer une sensation de bien-être et de garantir la santé, perçue comme un capital à préserver par toutes les femmes interviewées :

J'ai toujours fait beaucoup de sport et depuis 30 ans, je mange bio, j'ai une alimentation équilibrée. C'est très important pour la santé et c'est la base. On est ce qu'on mange. Si vous mangez des saloperies, il y a des tas de choses qui se passent dans votre corps et tôt ou tard vous le payez, avec les maladies de toutes sortes. (Helena, Suisse, 65 ans, cadre retraitée)

J'ai toujours fait attention à ce que je mange, mais maintenant un peu plus. J'ai pas envie de prendre du poids.

*Pourquoi ?* Probablement esthétiquement d'abord, j'ai pas envie de devenir toute grosse ; et ensuite parce que je sais qu'au niveau cardiaque et au niveau de mes articulations ce ne serait pas bon de leur infliger du poids supplémentaire. Pour ne pas avoir les artères bouchées, le cholestérol et tout ça. (Christine, Suisse, 54 ans, cadre)

J'avoue que quand je me laisse aller dans mon alimentation, je prends beaucoup de kilos. Donc, j'essaie toujours de me contrôler et de faire un peu de sport.

*Est-ce que ça pose un problème de prendre du poids ?* Bien sûr, on n'est plus à l'aise, on ne s'habille plus bien, on n'a plus la belle silhouette. Et puis, on est même mal à l'aise, physiquement on le ressent. On se sent étouffé au moindre effort, on est plus vulnérable du point de vue santé. (Laurette, Camerounaise, 50 ans, cadre)

Le docteur m'avait dit que je ne dois plus prendre du poids et que je ne dois plus manger la sauce d'arachides tout le temps parce que ce n'est pas bon pour mes articulations qui me font mal. (Marie-Dominique, pré-ménopausée, Camerounaise, 45 ans, employée)

Le contrôle de l'alimentation et la pratique de l'exercice physique dépassent donc largement le simple désir de conformité au canon de la minceur ou à ce profit extrinsèque. Ils agissent en synergie pour éviter les maladies, préserver la masse osseuse, les articulations et les muscles, améliorer les fonctions cardiaques voire cérébrales.

Seules les Suissesses créditent l'hygiène de vie d'un effet protecteur sur l'apparition des troubles tels que les bouffées de chaleur ou l'ostéoporose. Pour plusieurs d'entre elles, arrêter de fumer, éviter la consommation de boissons chaudes et de repas épicés contribuent à diminuer les bouffées de chaleur ; et, une alimentation riche en calcium et Vitamine D a une influence favorable sur la prévention de l'ostéoporose. La pratique régulière de l'exercice physique, qui inclut la relaxation, la méditation et le Yoga, empruntés aux sociétés orientales, contribue aussi à diminuer les bouffées de chaleur et favorise une « reprise en main » de ce corps qui échappe selon plusieurs informatrices suissesses.

## **II.2. LES SOINS COSMÉTIQUES ET ESTHÉTIQUES**

Les soins cosmétiques et esthétiques représentent pour la quasi-totalité des femmes interviewées, en Suisse et au Cameroun, une autre façon de prendre soin de son corps et répondent à la demande impérieuse et irréprensible de reconstruire l'apparence voire d'être « bien dans sa peau ». Les choix sont multiples, la qualité et les prix des produits suffisamment diversifiés, ce qui donne aux individus la possibilité d'une « existence à la carte » (Lipovetsky 1983). Chacune essaie alors de trouver des produits de beauté qui lui conviennent. Le maquillage, les soins apportés à la peau et aux cheveux apparaissent comme autant d'affirmations individuelles, de triomphes d'un corps de part en part subjectivé. Le visage est l'endroit le plus investi chez la plupart des femmes. Plusieurs d'entre elles, les Suissesses en majorité et quelques Camerounaises, vont dans les instituts de beauté pour corriger les imperfections de la peau et du visage.

Les pratiques de soins apparaissent stables dans la majeure partie des cas. Les habitudes ont été adoptées depuis de longues années et la ménopause n'y a apporté que peu de changements : les femmes qui se maquillaient régulièrement continuent de le faire comme inversement, celles qui se maquillaient très peu ou occasionnellement. Cependant, plusieurs Suissesses et Camerounaises rapportent une évolution dans le choix des couleurs, par exemple éviter le rouge à lèvres vif, qui, selon elles, ne conviendrait plus aux femmes d'un « certain âge ».

En raison du dessèchement cutané associé à la ménopause, les soins apportés à la peau, notamment l'utilisation de crèmes hydratantes, semblent aussi s'être accrus :

Avant je le faisais un peu moins, mais maintenant je suis obligée de me mettre beaucoup de crème. La peau est plus sèche et il faut bien l'hydrater (Sonia, Suissesse, 59 ans, cadre)

J'ai l'impression d'avoir la peau plus sèche, donc j'essaie d'utiliser des produits qui la soignent bien. J'ai commencé à mettre du beurre de karité (Jocelyne, Camerounaise, 53 ans, employée)

L'utilisation des crèmes antirides paraît également augmenter pour certaines Suissesses. Mais, la chirurgie esthétique n'est envisagée par aucune d'entre elles, car elle semble inconvenante et peu efficace, du fait qu'elle est destinée à certaines parties du corps et que, de toutes façons, les rides finissent par réapparaître :

Vous savez les rides c'est bien joli. Moi j'ai les rides depuis l'âge de 20 ans, alors elles ne vont pas partir. On hydrate juste pour que ça n'aille pas plus loin.

*Et si ça va plus loin ?* On vit avec. L'opération de chirurgie esthétique non.

*Pourquoi ?* Elle peut être bien faite ou pas et au bout du compte ça revient toujours. En plus vous pouvez faire le visage vous ne pouvez jamais faire le cou, et vous ne pouvez pas faire le dessus des mains. Alors on peut voir votre âge sur le dessus des mains. Ça ne vaut pas la peine. Mais il y a des gens qui le font parce qu'ils se sentent mieux après. (Clémentine, Suissesse, 66 ans, cadre retraitée)

Les soins pour les cheveux prennent aussi de l'importance pour une partie des Suissesses et Camerounaises, sous la forme de produits sensés leur redonner du

volume et de la vitalité : compléments alimentaires, médicaments, produits capillaires. Certaines femmes recourent aussi à la coloration, lorsque les cheveux deviennent grisonnants afin de préserver les apparences de cette jeunesse qui semble s'effriter :

Je fais plus attention. Il faut s'occuper de plus en plus de soi en vieillissant : le maquillage, me teindre les cheveux.

*Pourquoi le faites-vous ?* Pour paraître plus jeune... Mais on ne parle que des jeunes, on ne parle pas des vieux. Et, là, pour mes cheveux, j'ai pas tellement envie de les voir gris. (Joëlle, Suisse, 59 ans, travailleuse indépendante)

Je me teins quand même les cheveux, parce qu'ils sont déjà blancs. Je n'aime pas trop ça. Donc, je préfère les teindre en noir, comme ils étaient.

*Pourquoi ?* Parce que tout le monde, tu as les cheveux blancs, tu es vieille. Donc, il faut cacher un peu. (Katia, Camerounaise, 57 ans, cadre)

Si elles participent à la prise en charge du corps, les pratiques d'entretien semblent être insuffisantes pour venir à bout des troubles constatés. Alors, pour des raisons d'efficacité, certaines femmes y adjoignent divers traitements.

### **III. LE RECOURS ÉVENTUEL DES FEMMES AUX TRAITEMENTS**

Plus de la moitié des Suissesses et une minorité de Camerounaises sollicitent un traitement pour juguler les effets associés à la ménopause. Il existe cependant une alternative, pour les Suissesses : certaines optent pour le traitement hormonal substitutif tandis que d'autres privilégient les méthodes dites naturelles ou douces. Les avis divergents et contradictoires des gynécologues et des naturopathes de même que la pluralité des thérapeutiques disponibles nourrissent l'incertitude sur les traitements de la ménopause, mais ils donnent aussi l'opportunité aux femmes de participer de manière active à la prise en charge de leur corps à ce moment de l'existence. En effet, face aux savoirs médicaux peu stabilisés, les femmes se réapproprient l'expertise à travers des expériences partagées, les leurs propres et celles des femmes de l'entourage. Le recours à l'une ou l'autre approche

thérapeutique est, dès lors, largement imputable aux représentations ou à l'expérience (en tant que savoir empirique) relatives à ces différents traitements.

### **III.1. USAGE ET ATTITUDES DES FEMMES À L'ÉGARD DU TRAITEMENT HORMONAL SUBSTITUTIF**

Pour certaines femmes, la gestion de la ménopause passe exclusivement par le recours au THS. Au sein de la population interviewée, seule une minorité de Suissesses (5) et de Camerounaises (2) y ont recours. Cinq autres Suissesses et cinq Camerounaises, affirment en avoir aussi fait usage, mais l'avoir interrompu pour diverses raisons : crainte ou apparition des effets secondaires, bénéfiques du traitement non éprouvés, proposition du médecin pour les Suissesses ; contraintes liées à la prise du médicament et cherté du traitement, refus de la médicalisation de la ménopause pour les Camerounaises.

Les interlocutrices qui usent de l'hormonothérapie substitutive témoignent d'une forte adhésion – consciente ou inconsciente – au modèle biomédical de la ménopause et partagent des représentations largement positives de ce traitement. Pour elles, l'arrêt des règles est associé à de nombreuses pertes au niveau physique, émotionnel ou relationnel qui peuvent être rétablies par l'usage d'une hormonothérapie substitutive. Le THS est alors perçu comme une « substance séduisante » (Desclaux et Lévy 2003), un médicament aux multiples avantages.

#### ***III.1.1. Fonctions et avantages attribués par les femmes au THS***

Les femmes qui font usage de l'hormonothérapie au moment de l'enquête (mais aussi certaines qui n'en font pas), attribuent différentes fonctions à l'hormonothérapie substitutive, qui contribuent à sa popularité et qui seront tour à tour exposées dans cette section.

*Un traitement permettant de soulager les troubles associés à la ménopause*

L'une des sphères de la popularité des médicaments réside dans l'expérience de leur efficacité concrète. Celle-ci renvoie aux « qualités curatives intrinsèques » (Van der Geest et Reynolds Whyte 2003), que leur attribuent les individus. Ainsi, le succès du THS auprès d'un large public provient d'abord de son efficacité à juguler les problèmes de santé associés à l'arrêt des règles. Pour toutes les femmes interviewées qui font usage du THS, celui-ci apparaît préalablement comme un objet de soulagement, une « boule magique » (Van der Geest et Reynolds Whyte 2003), permettant de supprimer les « maux » de la ménopause, en l'occurrence les bouffées de chaleur, les troubles sexuels ou émotionnels, la fatigue, l'insomnie, ou l'incontinence urinaire (pour l'une d'entre elles). Comme dans l'étude de Delanoë (1998b), cette « dimension médicale » du traitement apparaît comme étant la plus importante.

L'hormonothérapie est perçue comme la thérapeutique la plus efficace contre les troubles qualifiés d'invalidants, handicapant la vie sociale, professionnelle ou sexuelle de la femme. Cet argument est souligné même par les femmes qui ont opté pour d'autres pratiques de gestion de leurs troubles.

L'efficacité remarquable que les femmes qui font usage du THS lui attribuent est éprouvée de deux manières : premièrement, par l'expérience de la disparition des symptômes aussitôt qu'elles commencent le traitement :

Les avantages c'est que justement on continue la vie normalement et on supprime tous les inconvénients de la ménopause. Deux semaines après avoir commencé le traitement, j'ai tout de suite vu la différence. Je n'avais plus aucune bouffée de chaleur. (Bernadette, Suissesse, 61 ans, FFNE)

Je trouve que c'est un traitement efficace. Mes bouffées de chaleur ont très vite disparu, l'excès de transpiration-là..., maintenant, je suis vraiment à l'aise. (Sophie, Camerounaise, 61 ans, cadre)

Deuxièmement, l'efficacité du THS est éprouvée par la réapparition des symptômes à l'interruption ou à l'arrêt du traitement :

Quand ils ont commencé à beaucoup parler des risques de cancers, j'ai voulu interrompre le traitement. Mais, quelques jours après, j'étais tellement mal que je me suis dit qu'il valait mieux que je le reprenne. (Berthe, Suisse, 59 ans, FFNE)

Au-delà de son efficacité, le THS revêt donc aussi une dimension tangible qui concourt à sa popularité et qui permet de transformer l'expérience subjective de la ménopause en une réalité objective. Il assume alors, comme nombre de médicaments, une fonction « métaphorique » (Collin 2003), car il est la preuve palpable d'un état pathologique qu'il peut soulager. Puisque les troubles disparaissent avec l'hormonothérapie de remplacement et réapparaissent à son interruption ou à son arrêt, la prise du THS prouve non seulement l'existence des symptômes associés à l'arrêt des règles, mais valide aussi la thèse du discours biomédical dominant, qui est ensuite approprié par les femmes : la ménopause est une carence hormonale, à l'origine de plusieurs désagréments qui méritent d'être traités et sont soulagés par une hormonothérapie de remplacement.

Cependant, contrairement au discours biomédical qui insiste tant sur les effets curatifs que préventifs du THS, les motivations du recours à l'hormonothérapie par les femmes interviewées sont d'abord d'ordre curatif. Ces femmes semblent, en effet, plus soucieuses de soulager les symptômes déjà éprouvés que de prévenir des pathologies à long terme comme l'ostéoporose.

Bernadette, Suisse, est la seule qui crédite le traitement hormonal d'un effet préventif sur l'ostéoporose. Elle décrit le corps ménopausé comme un corps carencé, avec un risque de développer cette pathologie grave qu'elle craint suffisamment pour ne vouloir arrêter son traitement sous aucun motif :

Moi, je n'ai pas envie d'arrêter mon traitement puisque ça a supprimé mes symptômes et puis, il permet de prévenir l'ostéoporose. On sait qu'avec la baisse des hormones les os sont fragiles et moi, je n'ai pas envie d'avoir une fracture (...) Ils (les médecins) m'ont souvent proposé des médicaments aux plantes, mais moi quand je lis la notice, ça ne protège pas contre l'ostéoporose. Alors, je refuse d'arrêter mon traitement. (Bernadette, Suisse, 61 ans, FFNE)

Pour toutes les autres femmes, les questions liées à l'ostéoporose ne semblent pas être aussi préoccupantes. Même pour celles qui rapportent une ostéoporose avérée, le THS n'est pas évoqué comme étant le traitement approprié. Cela s'explique par le recours de leur médecin à des médicaments spécifiques pour l'ostéoporose.

*Un traitement permettant de maintenir une sexualité épanouie*

Au-delà de la suppression des troubles vasomoteurs largement soulignée par plusieurs femmes interviewées, le THS est crédité d'un effet positif sur la baisse de la libido et sur la sécheresse vaginale, souvent incommodantes pour la vie de couple. Il permet de maintenir une sexualité épanouie et évite ainsi de marquer une rupture entre la vie sexuelle d'avant et celle d'après la ménopause :

J'avais aussi un peu de sécheresse vaginale, ce qui rendait mes rapports sexuels pénibles. Après, je n'avais même plus du tout envie. Je suis repartie voir le gynécologue, à l'Hôpital Général et il m'a expliqué qu'il y a un traitement qui peut faire que tout redevienne comme avant. Il m'a alors prescrit ça. Depuis là, je le prends et avec mon mari, on continue notre vie normalement. (Sophie, Camerounaise, 61 ans, cadre)

J'ai une amie, qui m'a dit dernièrement qu'elle a un fort problème de sécheresse vaginale. Elle prenait les hormones et elle a arrêté. Je lui ai dit, mais ton homme et toi vous êtes aux abonnés absents parce qu'il n'y a plus de pénétration possible. Eh ben mince, j'ai pas envie d'arrêter, moi, à 61 ans, pour un éventuel cancer. (Bernadette, Suisse, 61 ans, FFNE)

Pour les femmes qui éprouvent une aversion vis-à-vis des traitements hormonaux locaux, le THS apparaît comme l'unique solution permettant de lutter efficacement contre la sécheresse vaginale et d'éviter tous les désagréments que celle-ci peut occasionner.

*Un traitement permettant de restaurer la performance*

Les troubles de l'humeur, les bouffées de chaleur ou la fatigue sont autant de symptômes qui, pour les femmes interviewées, ont souvent un impact sur leur vie familiale ou professionnelle. Le THS favorise le contrôle des émotions et améliore les relations avec autrui, car « agissant comme un carburant qui permet de fonctionner en conformité avec les attentes de l'entourage » (Massé 1995 : 234). Par ailleurs, l'une des raisons qui poussent certaines femmes à recourir à l'hormonothérapie substitutive réside dans la volonté de rester efficaces et efficientes dans la réalisation de leurs activités quotidiennes et particulièrement professionnelles :

J'étais tellement fatiguée. Je dormais peu et j'étais toujours fatiguée. Je devenais irritable et tout ça avait un impact sur mon travail. J'aurais pas pu continuer comme ça. J'ai décidé de prendre le traitement et ça m'a bien aidé à retrouver ma performance (Maria, Suisse, 64 ans, cadre retraitée)

Je crois que ça m'a redonné de l'énergie pour le travail. Avec ces bouffées de chaleur, ça devenait insupportable. La nuit tu ne dors pas bien, le jour tu dégoulines. Ça n'aide pas si tu dois travailler. Tu es dans une réunion et ça commence. On est vraiment mal à l'aise. Donc, avec le traitement, j'ai pu supprimer tout ça et continuer mon travail normalement, et même avec plus d'énergie. (Sophie, Camerounaise, 61 ans, cadre)

Bouffées de chaleur, fatigue, irritabilité, perte de la performance illustrent donc la détérioration et symbolisent une perte de contrôle sur le corps que le THS vient restaurer. Avec cette thérapie, les femmes ont le sentiment de retrouver leur énergie, de dompter cette fragilité physique et émotionnelle qui constituait une entrave à l'atteinte de leur rendement professionnel. Le THS peut ainsi être perçu comme un médicament-obligation (Collin 2003), car il traduit un rapport utilitaire et obligé de l'usage des hormones exogènes pour remplacer les hormones ovariennes déficitaires. Il permet aux femmes de répondre à l'obligation de performance du monde du travail actuel, empreint des valeurs d'efficacité, de compétitivité, de vitesse et de productivité. Sonia, Suisse, qui n'a pas voulu le prendre pour résorber sa baisse d'énergie, affirme qu'elle a dû réduire son pourcentage d'engagement au sein de son entreprise.

### *Un soin qui peut retarder le vieillissement*

Dans les sociétés actuelles, la vieillesse est affectée d'un signe négatif, car elle déroge aux valeurs dominantes de la modernité que sont la jeunesse, la vitalité, la performance et la séduction (Le Breton 2008). Le vieillissement est devenu intolérable parce qu'il marque une détérioration progressive de l'enveloppe corporelle et de l'identité de l'individu : « le vieillard n'est plus son histoire, il n'est plus un sujet, il est un corps défait dont il faut entretenir l'hygiène et la survie. De même que le porteur d'un handicap, le vieillard est objet de son corps » (Le Breton 2008 : 211). Les sociétés contemporaines sont alors caractérisées par deux injonctions non exclusives l'une de l'autre : l'impératif de « vieillir jeune » et de « bien vieillir » (Gestin 2000), c'est-à-dire de repousser les effets du vieillissement, de rester autonome et actif, de préserver le plus possible son corps de la dégradation et d'éviter les maladies graves (Gestin 2000 ; Thoër-Fabre 2005). Le THS est alors considéré par plusieurs femmes, qui en font usage, comme un traitement pouvant leur permettre de répondre à ces deux injonctions.

Pour la plupart des Suissesses qui témoignent d'une représentation positive du THS, celui-ci est crédité d'avoir un effet protecteur sur la peau et sur la chevelure (ralentissement de la chute des cheveux et protection de leur solidité). Il prévient le dessèchement cutané et permet à la peau de garder élasticité et fermeté. Il permet alors de prévenir les rides ou d'éviter leur accentuation et, donc, de préserver le capital esthétique (Delanoë 1998b) :

C'est pas tellement une question de ne plus avoir des règles ou pas. C'est une question de grossir ou d'avoir une peau toute fripée. C'est ça qui me fait peur : les cheveux, la peau... non, mais c'est quand même un petit problème, vu que le paraître compte tellement maintenant... donc l'air de rien euh on ne veut pas vieillir. Et, je crois qu'avec le traitement hormonal, on arrive quand même à limiter les dégâts. (Joëlle, Suissesse, 59 ans, travailleuse indépendante)

Avec les rides et les signes du vieillissement qui l'envahissent progressivement, le corps trahit l'âge qu'on ne peut plus camoufler. Le THS est alors perçu comme un rempart contre les affres du temps et comme un moyen de retarder l'entrée dans la vieillesse. Cette dimension, bien qu'appréciée, apparaît toutefois, moins importante

que la « dimension médicale » du traitement (Delanoë 1998b). L'usage du THS comme soin cosmétique n'intervient pas explicitement comme une motivation principale du recours à l'hormonothérapie chez les femmes interviewées, même si cela peut être implicitement le cas pour certaines d'entre elles.

L'arrêt des règles a souvent été mentionné par quelques femmes comme les projetant dans la vieillesse. Ainsi, la possibilité d'avoir un THS avec des hémorragies de privation (pseudo-règles), donne l'impression d'avoir gardé sa jeunesse et sa féminité. Le THS devient ainsi un instrument permettant de réduire la perte du capital symbolique (Delanoë 1998b) qui est souvent associée à l'arrêt des règles, puisqu'il permet de rétablir leur apparition :

*Avec le traitement vous avez continué à avoir des règles ? Oui, jusqu'à présent.*

*Pourquoi avez-vous choisi un traitement avec des règles ? J'étais habituée. Je me sentais bien... j'ai l'impression d'être restée moi-même. Je me sens toujours pleinement femme... (Joëlle, Suisse, 59 ans, travailleuse indépendante)*

*J'ai commencé il y a quelques mois et je me sens vraiment mieux. J'ai même encore commencé à avoir les règles.*

*Ça ne vous dérange pas d'avoir les règles alors que vous êtes déjà ménopausée ? Non, au contraire. Ma ménopause est venue trop tôt. Et c'est quand les troubles ont commencé que je me suis rendue compte à quel point mes règles étaient importantes. On peut garder tout l'éclat de la jeunesse. C'est vraiment encore comme quand j'avais quarante ans. Les symptômes ont disparus et mes règles sont revenus, donc c'est comme si je n'étais même pas ménopausée. (Laurette, Camerounaise, 50 ans, cadre)*

Au sein de la population interviewée, cet argument n'est mentionné que par ces deux femmes. Les autres femmes qui font usage du THS affirment qu'elles préfèrent avoir un traitement sans ces pseudo-règles, notamment à cause de l'inconfort qui est souvent associé aux règles.

*Un traitement au service de l'émancipation des femmes*

Le THS se banalise et tend à s'inscrire dans un processus plus général d'émancipation de la femme. Comme la pilule, la légalisation de l'avortement ou la péridurale, le THS constitue lui aussi un instrument de libération pour plusieurs femmes, y compris, pour celles qui n'y ont pas recours. Doté d'un pouvoir émancipateur, il permet aux femmes de reconstruire leur corps, d'échapper à leur destin biologique, à l'emprise de la nature et de la fatalité :

*Que pensez-vous du traitement hormonal ?* Même si je ne l'utilise pas, je pense que c'est quand même important du fait que maintenant on peut choisir et faire quelque chose par rapport à ça. C'est vrai qu'on peut se dire comment nos mamans et grands-mamans ont fait ? Elles ont dû supporter. Mais j'estime qu'on a droit à une qualité de vie qui peut être meilleure, alors pourquoi on ne le ferait pas. La femme, elle a le droit d'être bien aussi. Surtout maintenant qu'il y a pas mal de femmes qui continuent à travailler, qui sont dans la vie active dans cette société où il faut rester efficace (Christine, Suissesse, 54 ans, cadre)

C'est une merveille pour les femmes. C'est une délivrance parce que là à l'époque... une ménopause sans ça, mais c'était l'horreur, des femmes qui ne dormaient plus, qui avaient leurs habits tout le temps mouillés. Je discute parfois avec des personnes âgées et une fois, j'ai discuté avec une dame qui m'a dit que pour elle c'était l'horreur. Elle se tordait sa chemise de nuit le matin. Il y a des femmes qui ont vraiment vécu des choses terribles. Heureusement qu'on peut désormais choisir de vivre les choses autrement. Moi j'estime qu'on a droit à une qualité de vie qui peut être meilleure, alors pourquoi on ne le ferait pas. La femme, elle a le droit d'être bien aussi. (Bernadette, Suissesse, 61 ans, FFNE)

Du moment que ça me soulage et que je suis satisfaite, pour moi, c'est vraiment une bonne invention. Ce n'est plus comme à l'époque où on devait souffrir le martyr pour tout. Nos mamans ont trop souffert, aujourd'hui, il y a des choses qui nous permettent de souffrir moins, par exemple ce traitement. Je peux continuer à travailler sans me soucier de tous ces inconvénients de la ménopause. Avec mon conjoint, tout est aussi revenu dans l'ordre et je me sens vraiment bien avec ça. (Laurette, Camerounaise, 50 ans, cadre)

Comme le montrent ces extraits d'entretien, le THS apparaît, pour certaines femmes, comme une stratégie permettant de s'affranchir de leur état de dépendance vis-à-vis de la nature biologique. Il représente non seulement le progrès et l'expertise de la biomédecine mais aussi l'outil indispensable à partir duquel les femmes peuvent contrôler leur corps, supprimer les symptômes associés

à l'arrêt des règles, voire repousser la ménopause elle-même. Il est alors doté d'un fort « potentiel d'*empowerment* » (Van der Geest et Reynolds Whyte 2003).

*Un traitement accessible pour les Suissesses*

Contrairement aux phytohormones ou à certains médicaments phytothérapeutiques, l'un des avantages du THS réside aussi dans le fait qu'il est remboursé par l'assurance-maladie de base en Suisse, comme l'ont souligné plusieurs Suissesses. Il est donc accessible à toutes celles qui désirent d'y recourir.

Au Cameroun, en revanche, le recours au THS, dont le coût est élevé, est entièrement assuré par les consommatrices. C'est probablement l'une des raisons pour lesquelles, il n'est pas aussi prisé. Certaines Camerounaises affirment, en effet, avoir reçu une prescription de leur médecin, souvent interrompue dans la majeure partie des cas, après une courte durée. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elles apprécient peu la contrainte liée à l'usage du médicament :

*Quand tu es allée voir le gynécologue t'a-t-il prescrit quelque chose ?* Il m'avait prescrit un remède et j'ai même déjà oublié le nom.

*Ça servait à quoi ?* Je crois que c'était pour les bouffées.

*Et ça t'avait soulagée ?* Ça m'avait soulagée, après j'ai abandonné.

*Pourquoi ?* Les médicaments là-même... Au départ ça m'a bien soulagée, mais après je me suis fatiguée à prendre les médicaments (Jocelyne, Camerounaise, 53 ans, employée)

Quand je suis allée voir le médecin, il m'a donné un traitement.

*Quel traitement ?* Je ne connais plus le nom.

*Vous l'avez pris pendant combien de temps ?* Elle m'a prescrit 5 paquets, mais je n'ai pas fini de les prendre.

*Pourquoi avez-vous arrêté ?* Ah, j'ai seulement laissé. Je me suis habituée et je ne trouve pas important de prendre quelque chose. On ne va pas se soigner comme si on est malade. Moi, ça me fatigue de prendre les médicaments tout

le temps, et en plus pour la ménopause. (Mariane, Camerounaise, 65 ans, travailleuse indépendante)

Mais, pour un nombre important de ces femmes, le non recours au THS ou son interruption relèvent surtout de son coût élevé. La priorité revenant à d'autres charges du ménage, il leur apparaît déraisonnable de s'investir financièrement pour un traitement dont elles peuvent se passer, l'idée de traiter la ménopause apparaissant elle-même aussi d'une absurdité notoire :

Je sais qu'il y a des traitements mais moi je ne veux pas habituer mon organisme au traitement.

*Pourquoi ?* Parce que quand tu commences tu deviens dépendant. L'argent même que tu vas dépenser pour acheter ça, tu peux faire autre chose avec. (Theresa, Camerounaise, 50 ans, employée)

Je me souviens que le médecin m'a prescrit quelque chose, mais moi, je n'ai pas pris pendant longtemps. Il faut déjà avoir l'argent pour acheter. Tu es là, tu n'arrives pas déjà à nourrir ta petite famille, tu vas aller acheter les médicaments pour la ménopause que c'est quoi ? (Florence, Camerounaise, 65 ans, employée retraitée)

En effet, bien qu'elles admettent qu'elles sollicitent ou ont recours à des médicaments leur permettant de soulager les céphalées, les rhumatismes ou les douleurs articulaires qu'elles associent à l'arrêt des règles, les Camerounaises sont aussi nombreuses à réfuter l'idée de devoir user de traitements pour « soigner » la ménopause et donc typiquement les troubles comme les bouffées de chaleur ou les troubles émotionnels. Certaines affirment qu'elles se rendent en consultation, à son début, lorsqu'elles constatent des changements pour lesquels elles n'ont aucune explication, de la même manière qui consiste à s'orienter vers la médecine lorsque le corps envoie des signaux incompréhensibles. Une fois les explications reçues, elles rentrent rassurées et renoncent à tout traitement.

Il est important de souligner que pour les Camerounaises qui affirment avoir eu recours au traitement, il n'est pas toujours aisé de savoir s'il s'agit effectivement d'un traitement hormonal. En dehors de Laurette et de Sophie qui en parlent explicitement et de Marie-Dominique qui évoque un traitement qui a rétabli ses règles, pour les autres, il existe une sorte d'ambiguïté : elles parlent souvent de

traitements qui leur ont été prescrits, mais dont elles ne connaissent ni le nom ni les avantages, ni même les inconvénients. La banalisation de la prise de médicaments, due à la méconnaissance de leurs effets toxiques est une des explications. La confiance élevée à l'égard du médecin, « qui ne peut leur prescrire que ce qui est bon pour la santé », en est une autre.

Les Suissesses, en revanche, plus impliquées dans la prise en charge de leurs problèmes de santé, semblent plus attentives aux effets des traitements qui leur sont prescrits. Elles s'enquêtent, généralement, de leurs avantages et inconvénients non seulement en les demandant aux praticiens, mais aussi en lisant la notice qui est jointe.

En somme, la popularité dont jouit le THS vient de ses nombreux bénéfices en faveur de la restauration de la qualité de vie des femmes, comme l'ont souligné plusieurs interlocutrices. Stabilisation du corps qui chauffe, apports d'hormones aux corps carencés et à risque, maintien d'une sexualité épanouissante, raffermissement du corps mou et flasque et rajeunissement du corps vieux ou en déclin, régulateur d'humeur (Thoër-Fabre 2005), apport du tonus au corps fatigué et en perte d'énergie, reprise de contrôle sur le corps qui échappe sont autant de fonctions qu'elles lui attribuent. En supprimant les troubles de la ménopause et en restaurant la qualité de vie de la femme, l'hormonothérapie substitutive permet alors, selon les femmes qui en font usage, de gommer cette rupture biologique et symbolique que représente l'arrêt des menstrues. Mais, malgré ces nombreux avantages, qui d'une certaine manière, mettent en évidence la « légende rose » (Faure 1998) de la médicalisation de la ménopause, le THS est aussi l'objet de plusieurs critiques de la part d'un nombre important de femmes.

### ***III.1.2. Critiques des femmes vis-à-vis du THS***

Explorant les représentations du médicament, Van der Geest et Reynolds Whyte (2003) en concluent que celles-ci s'expriment sous forme d'opinions contrastées allant de la popularité au scepticisme et ces deux dimensions sont dialectiquement liées. Cette observation semble valable, chez les femmes interviewées, à l'égard du THS, car au-delà des multiples avantages qu'elles lui attribuent, ce traitement essuie de nombreuses critiques à son encontre. Celles-ci portent particulièrement sur son efficacité pas toujours éprouvée et sur les effets secondaires ou les risques qui lui sont associés.

#### *Des bénéfiques du traitement pas toujours éprouvés*

Anaïs et Berthe, Suissesses, rapportent une expérience du THS fort décevante. Elles affirment que le THS n'a pas supprimé leurs troubles vasomoteurs. Au contraire, Anaïs rapporte une prise de poids et des malaises qui, ajoutés à l'inefficacité du traitement, l'ont motivé à l'interrompre :

J'ai essayé. J'ai pris kliogest, j'avais mal dans les jambes. Ça c'était au début de ma ménopause, j'avais des jambes qui gonflaient puis qui faisaient mal, la poitrine qui gonflait et qui était tendue et j'ai pris du poids. Après, j'ai essayé de faire des injections d'hormones je crois toutes les 5 semaines, ça ne m'a rien changé à mes vapeurs. Après, j'ai essayé de prendre encore une autre pastille, je ne sais plus son nom. Puis en début d'année, j'ai vraiment demandé au docteur X et c'est lui qui m'a proposé le Livial et j'ai arrêté parce que ça ne me faisait rien et alors que je ne faisais que prendre du poids. (Anaïs, Suissesse, 61 ans, FFNE)

Berthe, quant à elle, affirme qu'elle continue quand même de faire usage de ce traitement, car sans avoir complètement disparu, les bouffées de chaleur sont devenues supportables. Elle y a recours depuis près de 10 ans et redoute de devoir l'arrêter sous peu, tel que le lui a proposé son gynécologue. L'arrêt du traitement, selon elle, rendrait ses symptômes extrêmement gênants.

Les effets non éprouvés du THS n'empêchent cependant pas à Anaïs et à Berthe de reconnaître l'efficacité du traitement pour leurs amies qui ont eu recours à l'hormonothérapie et témoignent d'une nette amélioration de leur qualité de vie.

*Un traitement aux nombreux risques et effets secondaires*

Le THS suscite du doute et de la méfiance chez une partie des femmes. Ce scepticisme provient de l'ambivalence même de l'hormonothérapie de remplacement qui peut apporter, alternativement, du soulagement et de gros risques pour la santé. Ainsi, plus de la moitié des Suissesses interviewées et quelques Camerounaises témoignent de représentations négatives à son égard et affirment qu'elles ont de la peine à se motiver pour un traitement pour lequel elles redoutent les inconvénients :

J'étais certaine que je n'aurais jamais une hormonothérapie pour contrer les symptômes parce que j'étais consciente qu'en cas de cancer du sein, ça n'aurait pas été bien. C'est la seule chose qui m'interpellait, le reste... (Jeannette, Suissesse, 54 ans, femme au foyer)

*Et que pensez-vous du traitement hormonal ?* Ils disent que ça risque de provoquer les cancers du sein et autres, ça n'en vaut pas la peine. (Claudia, Suissesse, 61 ans, AI)

Ces jours-ci, j'ai entendu parler des cancers du sein et de l'utérus, donc moi j'ai peur. Je ne veux pas prendre des trucs comme ça. (Theresa, Camerounaise, 50 ans, employée)

Bien qu'elles reconnaissent que le THS regorge de nombreux bénéfices, la plupart de ces femmes insistent particulièrement sur le caractère toxique et non naturel des hormones exogènes et sur leurs effets iatrogènes, notamment le risque de pathologies graves qui s'accroît. Cette remise en cause est renforcée, en Suisse, par l'ampleur de la médiatisation des avis divergents des experts et des professionnels de la santé autour de l'utilisation de ces substances.

Mais les interprétations profanes des risques associés à l'hormonothérapie ne sont pas seulement subordonnées au discours médical ou à la couverture médiatique.

Elles sont aussi conditionnées et amplifiées par l'expérience des femmes (la leur propre ou celle des femmes de leur entourage), qui influe considérablement sur la façon dont ces risques sont perçus ou rendus réels. Cette dimension expérientielle semble rendre plus tangible la toxicité potentielle associée à l'hormonothérapie substitutive chez plusieurs femmes :

Quand j'ai eu ces problèmes avec mes muqueuses, j'ai essayé les patches, la musique c'est mon gagne-pain. J'avais aussi des bouffées de chaleur terribles. Avec les bouffées de chaleur, j'ai commencé à m'acheter des jaquettes, plus tellement les cols roulés. Jusqu'à présent je les ai toujours, mais disons qu'il y a eu une période de grosses, maintenant ça a un peu diminué. Pour ma voie, j'ai donc voulu prendre le THS. J'ai essayé pendant trois mois, mais ça ne m'a pas convenu, j'ai eu des problèmes de foie. J'ai dû attendre six mois pour me remettre. (Emilienne, Suisse, 63 ans, indépendante)

Au début, je suis allée consulter parce que j'avais remarqué que mes bouffées empiraient si je buvais du vin. Je ne pouvais pas rester sans boire du vin. Elle m'a donné des œstrogènes, un gel qu'on met sur la peau pendant 12 jours et après le douzième jour on prend de la progestérone. Le deuxième jour de progestérone, j'avais un mal de tête horrible. J'ai téléphoné au médecin et j'ai arrêté. C'était pas pour moi ça. Puis j'ai testé Livial, et j'avais une copine qui me disait c'est extraordinaire, mais moi j'avais remarqué qu'elle avait pris beaucoup de poids. J'ai commencé ça et j'ai commencé à avoir tellement faim et je me suis dit je vais prendre tellement de poids. Puis, c'est comme si je ne me sentais pas bien, j'avais les tensions dans les seins. Je me suis dit que ça peut provoquer autre chose et j'ai dit tant pis, je laisse tomber. (Lara, Suisse, 62 ans, cadre)

À cause des effets secondaires éprouvés, Emilienne et Lara ont dû interrompre leur traitement. Dans la suite de l'entretien, elles affirment qu'elles regrettent de ne pas pouvoir bénéficier des avantages de celui-ci, mais préfèrent y renoncer dans le but de préserver leur santé.

Les risques associés au THS sont aussi renforcés par une expérience indirecte. Certaines Suissesses rapportent que des femmes de leur entourage auraient eu un cancer du sein à la suite d'une hormonothérapie, résultant directement du recours à ce traitement. Dans cette même logique, Madeleine, Suisse, secrétaire médicale affirme que le fait de voir plusieurs femmes sous THS (suivies par les médecins de son service) revenir après quelques années avec un cancer du sein ou de l'endomètre, l'angoisse terriblement et l'amène à réfléchir sur la nécessité de

prendre ce traitement, qui pourtant, lui permettrait de venir à bout de ses symptômes. Le rapprochement avec certains effets secondaires du THS restreint la possibilité de relativiser les risques qui lui sont associés.

Liés aux données formelles ou informelles issues de sources hétéroclites, les risques attribués au THS éprouvés par l'expérience directe ou indirecte renforcent le « scepticisme » de certaines femmes à l'égard des médicaments et de la biomédecine en général. Mais, le sens probabiliste des individus étant variable (Burton-Jeangros 2004), toutes les Suissesses interviewées ne partagent pas une opinion commune quant à l'appréhension des risques associés au THS. Certaines les minimisent et plusieurs facteurs concourent à cette minimisation des effets néfastes attribués au recours à ce traitement :

D'abord, le mécanisme principal d'atténuation des risques réside dans la valorisation des bénéfices éprouvés du traitement, dans la hiérarchisation et les comparaisons qui sont propres aux femmes. Ainsi, si les risques associés au THS apparaissent comme significatifs et supérieurs aux bénéfices pour les femmes susmentionnées, ils semblent acceptables pour d'autres, notamment celles qui sont engagées dans une hormonothérapie de remplacement au moment de l'enquête. Pour ces dernières, le risque de développer des pathologies semble incongru et contradictoire avec leur désir de soulager les désagréments éprouvés, qui apparaît comme prioritaire. En deçà de la hiérarchisation et des comparaisons, la dimension temporelle participe aussi de l'évaluation des risques profanes associés au THS et le rapport à l'avenir semble particulièrement important dans cette évaluation (Burton-Jeangros 2004). En effet, le matériel ethnographique révèle que les femmes qui sont engagées dans une hormonothérapie sont plus enclines à privilégier l'effet à court terme, à justifier leur pratique par les bénéfices immédiats que leur procure le traitement, et à relativiser les messages de prévention contre les maladies tumorales qui portent sur le long terme. En revanche, pour celles qui choisissent de s'orienter vers des médecines douces ou qui interrompent le THS, les bénéfices sur

le long terme (diminution des risques de maladies tumorales ou thromboemboliques) l'emportent sur les bénéfices immédiats du traitement (suppression des symptômes, restauration de la qualité de vie).

Ensuite, les risques sont relativisés sur la base d'une expérience positive du traitement. L'absence d'effets secondaires constatés motive la poursuite du traitement chez plusieurs femmes. Bernadette, dans son apologie de l'hormonothérapie de substitution, questionne la réalité même du risque. Reprenant le discours de certains professionnels de la santé sur la non applicabilité des résultats des études américaines en Suisse, elle insiste sur la différence des molécules utilisées aux Etats-Unis qui ont notamment fait l'objet de nombreuses controverses, et celles utilisées en Europe, qualifiées de bio-identiques. Bernadette reproche ainsi aux gynécologues suisses d'amplifier les risques à partir d'études qui ne sont pas applicables à leur contexte. Puis, elle souligne que le risque de cancer du sein, mis en avant par certains experts, est le même que pour les femmes qui ne prennent pas d'hormonothérapie de substitution :

Ce qui m'inquiète c'est qu'on est arrivé à faire les hormones pour les femmes, à soulager les femmes de tous les problèmes de la ménopause. Puis qu'après, on leur dise maintenant on va vous les enlever parce qu'il y a une étude qui dit qu'en Amérique les femmes ont les problèmes de cancer du sein. Moi j'ai même un article que j'ai lu à propos des hormones américaines et les hormones européennes, et qu'ils n'ont pas les mêmes valeurs. Ce ne sont pas les mêmes substances. Et ici, ils ne tiennent pas compte du fait que l'étude vient des Etats-Unis. Le seul problème qui m'énerve c'est qu'on ne veut pas m'écouter. Moi, je ne voudrai pas rester sans les hormones. Chaque fois ils reviennent sur les mêmes choses ... Mais, oui, vous risquez un cancer du sein tout en sachant qu'on risque un cancer même quand on n'en prend pas. Il y a des gens qui ont le cancer du poumon alors qu'ils n'ont jamais fumé. C'est pareil pour le cancer du sein. Il y a des femmes qui ont le cancer du sein alors qu'elles n'ont pas pris d'hormones. (Bernadette, Suisse, 61 ans, FFNE)

« Dans leur expérience quotidienne, les profanes constatent des anomalies par rapport au discours officiel : des individus survivent à leur comportements à risques tandis que d'autres qui ne sont pas à risque développent quand même une maladie » (Davison et al cité in Burton-Jeangros 2004 : 20). Dans la même optique, s'appuyant sur son expérience personnelle, Bernadette constate, chez elle,

l'absence de conséquences négatives, en dépit du fait qu'elle use du THS depuis de longues années et relève l'apparition de cancers du sein chez d'autres femmes qui n'y ont pas eu recours. Elle décrit une situation qui dément les attentes probabilistes et exprime, par la même occasion, une tension entre les stratégies de prévention des risques mises en place par la santé publique et le vécu propre des individus, que l'on peut retrouver dans le cadre de la gestion de plusieurs autres problèmes de santé (Burton-Jeangros 2004). Le sentiment d'invulnérabilité qu'elle développe ne pourra certainement être bousculé que si un événement (apparition d'effets secondaires concrets) l'inscrit dans la chair d'une réalité personnelle (Kauffman 1995)

En effet, si les femmes constatent qu'elles ne développent pas de pathologies graves plusieurs années après le début du traitement, pourquoi devraient-elles l'arrêter alors qu'elles en éprouvent des bénéfices ? Le fait de n'avoir pas ressenti, personnellement, des effets délétères amoindrit la perception du risque chez toutes les femmes interviewées qui font usage du THS. La quasi-totalité des Suissesses qui y ont recours l'utilisent depuis une longue période, en moyenne depuis 10 ans. Le nombre d'années pendant lequel le traitement est pris, sans qu'elles n'aient relevé le moindre signe négatif, vient conforter ces femmes dans leur opinion et constitue une preuve tangible de l'innocuité du traitement. Le risque leur apparaissant hypothétique, elles peuvent se demander pourquoi renoncer à un traitement qui leur procure des bénéfices immédiats et palpables, pour un hypothétique cancer ?

Enfin, la familiarité avec les méthodes de contraception hormonales induit aussi une relativisation des risques associés au THS. Avant de les interroger sur les pratiques de gestion de la ménopause, mes informatrices ont d'abord été invitées à s'exprimer sur les modes de contraception auxquels elles ont eu recours pendant leur vie féconde. Une certaine continuité s'observe chez les femmes qui font usage du THS au moment de l'enquête. Elles ont toutes, au préalable, fait usage de la pilule contraceptive, bien que par la suite, certaines aient choisi des méthodes irréversibles. Cette familiarité avec les prescriptions hormonales permet alors à ces

femmes d'exprimer une certaine confiance à leur endroit. Ainsi, pour Clémentine, la polémique qui entoure l'hormonothérapie de remplacement est similaire à celle suscitée par la diffusion de la pilule contraceptive, il y a plusieurs décennies. L'expérience de l'absence d'effets secondaires suite à l'utilisation de la pilule pendant de longues années semble réduire, chez elle, la perception des risques associés au THS. La controverse n'étant pas nouvelle, le risque apparaît moins menaçant ou moins présent :

Je prends les hormones et je suis très satisfaite. J'ai toujours l'énergie, je pense que ça doit aider, il n'y a pas trop de dessèchement.

*N'êtes-vous pas inquiète par rapport à la polémique sur le traitement hormonal substitutif ?* Non, c'est comme la pilule contraceptive. Il y a toujours eu des pour et des contre, mais moi j'ai toujours pris. Je trouve que je suis allée jusque là et je n'ai jamais rien eu. Je ne vois pas pourquoi je devrais davantage m'inquiéter maintenant. Et comme je suis suivie toutes les années, il n'y a pas de problème (Clémentine, Suisse, 66 ans, cadre retraitée)

Comme Clémentine, les autres Suissesses, adeptes du THS, affirment qu'elles sont rassurées par les techniques de contrôle (frottis, mammographie tous les deux ans) mises en place par leurs gynécologues qui semblent éloigner le risque et permettent aux femmes de le minimiser.

Les risques associés au THS restent méconnus par un nombre élevé de Camerounaises, y compris par celles qui y ont (eu) recours. Trois femmes seulement, parmi lesquelles Laurette qui prend un THS, affirment avoir une connaissance approximative des risques de cancer du sein associés à l'hormonothérapie. Les autres effets délétères en l'occurrence les risques de maladies thromboemboliques ou hépatiques (pour ne citer que ceux-là) ne sont pas du tout évoqués. Leur méconnaissance provient non seulement du fait que ceux-ci sont moins visibilisés par les gynécologues et les médias, mais aussi du fait de la grande confiance des femmes en leur médecin. Puisque celui-ci ne « ne peut leur proposer que ce qui est bon pour leur santé », elles s'interrogent moins sur les effets secondaires des médicaments qui leur sont prescrits. Cette remarque n'est pas

uniquement valable pour le THS, elle l'est aussi pour d'autres types de médicaments.

Après avoir longtemps été considéré comme une panacée, le THS est au cœur d'une tourmente médicale. Devant l'affolement suscité par les multiples controverses autour de ce traitement, certaines femmes refusent d'en faire usage et s'orientent vers des médecines dites douces ou optent pour les traitements hormonaux locaux, considérés comme ayant moins d'effets délétères sur l'organisme.

### **III.2. USAGE ET ATTITUDES DES FEMMES À L'ÉGARD DES TRAITEMENTS HORMONAUX LOCAUX**

Pour plusieurs Suissesses et quelques Camerounaises, les traitements hormonaux locaux sont souvent suffisants pour pallier leur sécheresse des muqueuses vaginales :

J'ai accepté les bouffées de chaleur et je ne prends rien. Je me dis que ça partira comme ça. Cependant on m'a conseillé un gel intime pour éviter la sécheresse vaginale. C'est tout ce que je prends. (Roberta, pré-ménopausée, Camerounaise, 48 ans, cadre)

Je ne voulais pas prendre de traitement hormonal, mais j'avais facilement des mycoses, alors on m'a proposé les ovules. Je les prends une fois la semaine depuis quelques mois. (Christine, Suissesse, 54 ans, cadre)

Hormis, Roberta, peu de Camerounaises affirment avoir utilisé ce genre de traitements, qui semble assez méconnu de plusieurs d'entre elles. Si les troubles des règles et les bouffées de chaleur ont souvent conduit certaines chez les gynécologues, il n'en est pas de même de la sécheresse vaginale, qui comme tout ce qui est lié à la sexualité, reste vécue pour la plupart au niveau intime. Ainsi, la majorité des Camerounaises interviewées, affirme n'en avoir pas parlé avec le gynécologue lorsqu'elles se sont rendues en consultation.

Toutefois, ces traitements ne sont pas toujours appréciés. Certaines Suissesses les trouvent contraignants et désagréables :

Une fois, la doctoresse m'a proposé d'arrêter mon traitement hormonal. Et pour la sécheresse vaginale, elle m'a proposé des ovules qu'il fallait mettre les ovules deux fois par semaine. Et puis, vous vous levez le matin avec des sous-vêtements sales. Moi, je n'ai pas supporté ça. J'ai préféré reprendre mon traitement. (Maria, Suisse, 64 ans, cadre retraitée)

Puisque les traitements hormonaux locaux n'ont aucun effet sur les autres troubles associés à la ménopause, certaines femmes, particulièrement les Suissesses, leur adjoignent souvent d'autres méthodes dites douces, leur permettant d'améliorer leur bien-être.

### **III.3. USAGE ET ATTITUDES DES FEMMES À L'ÉGARD DES MÉDECINES ALTERNATIVES ET DES MÉDICAMENTS PHYTOTHÉRAPEUTIQUES**

Si les médecines alternatives connaissent un essor remarquable en Suisse, il n'en est pas de même au Cameroun, à cause du scepticisme dont elles font souvent l'objet auprès d'une partie de la population. Et, bien que les « faiseurs de remèdes » interviewés aient affirmé que des femmes viennent les consulter pour des troubles résultant de l'arrêt des règles, il n'a pas été possible d'avoir le témoignage de ces dernières. Aucune des interlocutrices camerounaises n'affirme avoir recours à ce genre de médecines pour les troubles résultant de l'arrêt des règles. Cela s'explique pour plusieurs raisons.

Premièrement, une des raisons pour lesquelles les Camerounaises interviewées affirment ne s'être pas orientées vers les « faiseurs de remèdes » provient du fait que pour la plupart d'entre elles, la ménopause relève d'un processus naturel de la vie et qu'elle n'a pas besoin d'être traitée, autant par des médicaments allopathiques que par la pharmacopée, les uns comme l'autre étant annonciateurs d'une carrière de malade :

*Savez-vous s'il existe des plantes ou des herbes pour soulager les désagréments de la ménopause ? Non, je n'en sais rien. Je sais qu'il y a des traitements pour la fécondité, mais pour la ménopause, non.*

*Vous n'avez pas pensé à vous rendre chez le mbo mebala pour savoir ou pour trouver quelque chose qui puisse vous soulager ? Ah ça non. On ne va pas commencer à traîner partout à la recherche de remèdes comme si c'était une maladie. (Mariane, Camerounaise, 65 ans, travailleuse indépendante)*

Deuxièmement, on peut souligner le fait qu'au Cameroun les « médecines traditionnelles » sont davantage utilisées pour résorber la maladie, alors qu'en Suisse, les médecines complémentaires sont des espaces de soin et de bien-être auxquels peuvent recourir des individus malades ou non. Dès lors, s'il apparaît logique et raisonnable pour les Camerounais, en quête de santé, de rechercher des soins autant auprès de la biomédecine que des « médecines traditionnelles » pour des « vraies maladies », il n'en est pas de même pour la ménopause qui n'est pas, à proprement parler, une maladie. Et si les troubles de la ménopause sont reconnus sur le plan médical, ils ne bénéficient de la même reconnaissance au niveau social. On peut donc comprendre que les femmes rencontrées trouvent incongru de s'orienter vers des « médecines traditionnelles » pour traiter les troubles ne bénéficiant pas de la même légitimité que ceux relevant de l'expérience d'une maladie.

Troisièmement, si la médecine ancienne est employée par certaines de mes interlocutrices, elle l'est davantage pour les affections banales et simples, telles que le rhume, les maux de ventre (vers intestinaux, petite diarrhée). La connaissance des produits utilisés est souvent transmise ou exercée par les proches. Quant au recours aux « tradipraticiens », « faiseurs de remèdes », guérisseurs ou autres, il n'est pas aussi systématique, le flou dans lequel exercent ces professionnels alimentant le scepticisme et la méfiance de plusieurs individus à l'égard des « médecines traditionnelles ». Contrairement à ces thérapies, les médicaments allopathiques, eux, jouissent d'une forte popularité et ils sont réputés être plus efficaces :

Quand tu n'as pas l'argent pour acheter les remèdes des Blancs, tu fais les remèdes traditionnels et ça soulage, quand tu as le rhume, mal au ventre et beaucoup d'autres choses encore.

*Et ils sont efficaces ?* Moi, je trouve que les remèdes des Blancs sont plus efficaces. Ça soulage vite. Les remèdes traditionnels soignent plus lentement et il faut en prendre beaucoup avant de voir l'effet. En plus, les remèdes des Blancs ont le dosage alors que les nôtres non. Tu bois comme ton cœur te dit. Et puis, ça dépend des maladies. Il y a les maladies où on sait qu'il faut aller à l'hôpital. (Huguette, Camerounaise, 56 ans, femme au foyer)

Le problème avec nos plantes-là c'est qu'il n'y a pas de dosage. Tu vas prendre un litre ou deux litres ? Avec le médicament du Blanc, tu sais que tu prends deux comprimés le matin, deux le soir et tu vois tout de suite l'efficacité... mais avec les potions-là... Peut-être que quand tu choisis d'arrêter, ça n'a encore pas fait d'effet. Moi, ce monde aléatoire-là, je ne l'aime pas. (Katia, Camerounaise, 57 ans, cadre)

Ainsi que le révèlent ces extraits d'entretien, la xénophilie apparaît comme l'un des critères de popularité des médicaments : les médicaments occidentaux ont des « charmes » spéciaux, leur origine exotique étant perçue comme la preuve de leur supériorité (Van der Geest et Reynolds Whyte 2003). Les individus accordent une importance primordiale à leur emballage, à leur apparence et spécialement ici à la posologie. Qu'ils soient commercialisés dans des réseaux formels ou informels, ils sont largement appréciés et apparaissent manifestement comme des produits de pointe (Van der Geest 1982, 1987). En présence de troubles liés à l'arrêt des règles, les femmes sont alors plus enclines à se tourner vers l'allopathie lorsqu'elles souhaitent obtenir un soulagement. Par ailleurs, les tarifs des produits issus de la pharmacopée n'étant, parfois, que légèrement inférieurs à ceux des médicaments allopathiques, la question de l'accessibilité se pose donc aussi avec la même acuité que pour des médicaments allopathiques.

Le recours aux médicaments phytothérapeutiques<sup>59</sup> reste aussi rare chez les Camerounaises. Mais, il est important de souligner que les femmes ne font pas toujours une distinction entre ces médicaments et le traitement hormonal

---

<sup>59</sup> Il s'agit des médicaments importés des pays occidentaux, fournisseurs du Cameroun en médicaments, les pharmaciens locaux en fabriquant très peu. Ils sont à distinguer des produits de la pharmacopée locale.

substitutif. Comme celui-ci, ces médicaments sont souvent prescrits par les gynécologues. Du fait du manque d'informations transmises par ces derniers, les femmes restent dans la confusion. Et, lorsqu'elles parlent de traitement, il est souvent difficile de savoir lequel elles évoquent exactement, à l'exemple de Frieda qui parle d'un traitement que lui aurait prescrit le médecin, mais dont elle sait très peu de choses :

Quand mes troubles des règles ont commencé, je suis allée chez une gynécologue. Elle m'a donné un traitement.

*Quel genre de traitement ?* Je ne sais pas trop.

*Ne vous a-t-elle pas expliqué en quoi il consistait ?* Elle m'a seulement dit que ça allait me soulager. Elle m'a prescrit un produit appelé Climavita. J'ai pris pendant un moment et après, j'ai arrêté. (Frieda, Camerounaise, 53 ans, cadre)

La confirmation qu'il s'agit d'un médicament phytothérapeutique vient de mes recherches personnelles auprès des professionnels de la santé et sur Internet.

En Suisse, la prise de distance à l'égard du THS découle du scepticisme au sujet des médicaments de manière générale et des critiques à l'encontre du modèle biomédical de prise en charge de la maladie, en croissance dans les pays occidentaux depuis les années septante (Illich 1975 ; Laplantine et Rabeyron 1987 ; Schmitz 2006 ; Le Breton 2008). Le THS, comme tout médicament chimique ou biomédical, apparaît comme « potentiellement porteur de maladie, parce qu'il entraîne des effets secondaires dans le sillage de son efficacité ; celle-ci constitue avec la toxicité, l'un des deux pôles d'un même continuum » (Collin 2003 : 124). Cette méfiance vis-à-vis du THS pousse ainsi plusieurs femmes à s'orienter vers des médecines jugées naturelles ou douces, non toxiques, invasives ou agressives pour l'organisme. Mais, au-delà de cette résistance à l'usage du THS se trouve aussi une volonté pour certaines femmes d'exprimer des bénéfices non éprouvés, comme c'est le cas d'Anaïs. Le recours à d'autres thérapeutiques peut donc aussi se comprendre comme un moyen de révéler l'insatisfaction des femmes à l'égard des

traitements qui leur sont proposés par la biomédecine, à cette période de leur vie. Les Suissesses interviewées qui y ont recours se servent d'une pluralité de produits. Médicaments phytothérapeutiques, homéopathie, phytothérapie, acupuncture ou phytohormones sont (ont été) présents dans les modes de médication de plus de la moitié des Suissesses interviewées (14). L'engouement de ces femmes vis-à-vis de ces thérapeutiques témoigne bien de leur influence grandissante auprès des populations. Bien qu'ils ne soient pas toujours remboursés par l'assurance-maladie de base, ces produits attirent un public toujours en augmentation. Il est important de souligner que dans le langage des femmes, toutes ces thérapeutiques mentionnées relèvent des médecines alternatives. La plupart d'entre elles utilisent souvent le vocable de « médecines alternatives » pour désigner l'une ou l'autre de ces approches et ne font pas toujours de distinction entre elles. La suite de l'entretien permet toutefois de déceler de quelle thérapeutique il est question.

Les Suissesses rencontrées qui y ont recours utilisent souvent ces thérapeutiques, de manière exclusive ou inclusive. Elles usent, la plupart du temps, d'un pluralisme en la matière et d'une alternance de plusieurs combinaisons de recettes. Ainsi, elles peuvent avoir recours à l'acupuncture et à l'homéopathie simultanément, ou encore aux médicaments phytothérapeutiques tout en suivant des séances d'acupuncture :

Moi je suis allée voir une acupunctrice et ça m'a fait du bien. J'ai fait quatre séances. C'est un moment où ça m'a équilibrée. Je pense que c'est plutôt là qu'il faudrait se diriger. J'ai aussi essayé de prendre les médicaments naturels genre euh...phyto...j'ai essayé quelque chose qui s'appelle ménophytéa ou qui s'appelle... je ne sais plus le nom de l'autre qui sont contre les bouffées de chaleur, et Cimifémine aussi. (Christine, Suissesse, 54 ans, cadre)

Moi, au début de la pré-ménopause, j'ai commencé à faire de l'acupuncture, puis j'ai trouvé avec les premières séances que les bouffées de chaleur avaient passé. Et après l'acupuncture, il y a eu l'homéopathie. Moi je suis tout à fait pour. Puis il y a d'autres choses à base de soja. (Madeleine, Suissesse)

Elles peuvent aussi, dans certains cas, choisir de ne recourir qu'à une seule de ces méthodes, par exemple aux médicaments phytothérapeutiques ou aux

phytohormones, privilégiant les compléments alimentaires à base de soja ou des tisanes de sauge.

Compte tenu de l'absence d'études concernant les phytohormones, leurs effets et leur fiabilité, ces produits sont largement contestés par les professionnels de la santé. Néanmoins, ils sont employés par un nombre important de Suissesses interviewées. L'intérêt des femmes pour ces produits provient sans doute de l'idée que la consommation quotidienne de soja diminuerait les bouffées de chaleur des femmes asiatiques (Lock 2006).

L'expérience de ces femmes comporte des essais ainsi que des arrêts et l'on relève une part importante d'automédication ou de « bricolage » de savoirs dans leur parcours (Thoër-Fabre 2005 ; Vinel 2008). Aussi leur arrive-t-il d'avoir une approche discontinuée, et de passer d'une méthode à l'autre.

Les raisons pour lesquelles les Suissesses interviewées recourent aux médecines alternatives et aux médicaments phytothérapeutiques sont principalement de deux ordres : d'abord ils sont jugés naturels et donc moins nocifs pour la santé et ensuite, ils constituent une alternative au THS en cas de contre-indication ou d'apparition d'effets secondaires.

#### *Des traitements jugés moins nocifs pour la santé*

Plusieurs des Suissesses interviewées ont des représentations négatives à l'égard de l'hormonothérapie de substitution. Elles témoignent de leur enthousiasme vers les dites thérapies naturelles et affirment qu'elles préfèrent y recourir pour juguler leurs troubles, particulièrement les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes. Ces traitements sont qualifiés de naturels, doux, moins nocifs pour la santé et non agressifs pour l'organisme. En cela, ils semblent peu porteurs de pathologies graves comme le serait le THS :

Ça n'assomme pas le corps, le foie, comme si vous utilisiez toute cette chimie. Je pense, que notre corps les reconnaît mieux que les trucs chimiques fabriqués de synthèse. Je trouve que c'est moins nocif et je me sens mieux avec ça. (Helena, Suisse, 65 ans, cadre retraitée)

Si on peut éliminer les symptômes par des méthodes qui ne mettent pas à risque sa santé... il y a tous ces risques dont ils parlent pour le cancer et autres. Je n'ai pas envie d'en prendre. Je préfère tout ce qui est naturel. (Carine, Suisse, 58 ans, cadre)

La remise en question du THS conforte certaines femmes dans leur décision de ne pas y recourir. Elle en amène d'autres à douter de la capacité des professionnels de la santé à « anticiper le futur » (Giddens 2001), c'est-à-dire à évaluer, de manière adéquate, les effets nocifs liés à la prise du THS, renforçant ainsi leur méfiance à l'égard de la biomédecine.

Une partie de ces femmes commence donc à s'orienter vers les recours alternatifs uniquement à la ménopause, par crainte des risques potentiels de pathologies graves associés à l'hormonothérapie de remplacement. D'autres, y ont recours par habitude, le recours aux médecines alternatives relevant pour elles d'une longue tradition :

Avant la ménopause, j'ai toujours eu recours aux méthodes alternatives. Oui. J'ai eu recours à un naturopathe qui a ouvert un cabinet et qui traite du bien-être des patients. Ma famille est suivie par lui depuis longtemps. Ça m'aide énormément. (Emilienne, Suisse, 63 ans, indépendante)

Je vais vers les médecines alternatives à peu près pour tout. Je trouve que l'aromathérapie est très efficace et puis la phytothérapie pour la bronchite, sinusite, gastro-entérite, ça marche bien. (Helena, Suisse, 65 ans, cadre retraitée)

Mais la biomédecine et son système de soins ne sont pas complètement ni systématiquement rejetés. Selon leurs problèmes de santé, les femmes affirment qu'elles peuvent recourir à la fois à la naturopathie et à l'allopathie. Certaines affirment qu'elles ne s'orientent vers la naturopathie que pour des problèmes de santé bénins, jugés moins importants et ne se tournent vers la biomédecine qu'en cas de maladies jugées graves. C'est le cas de Carine qui déclare qu'elle préfère user des médecines douces pour la grippe, la fièvre ou typiquement les bouffées de

chaleur. – qui lui semblent bénignes malgré leur aspect incommode dans la vie quotidienne – et recourir à la biomédecine pour des soucis de santé plus importants.

La satisfaction des femmes qui s'orientent vers la naturopathie passe non seulement par la composition des produits utilisés, jugés naturels et moins nocifs pour la santé, mais aussi par l'empathie et l'écoute du thérapeute ainsi que sa vision holiste qui permet une prise en charge globale du corps souffrant. Les consultations longues qui offrent une meilleure écoute et une prise en charge mieux adaptée sont soulignées à plusieurs reprises. Lara décrit ainsi les longues heures de conversation qu'elles ont eues avec la naturopathe, qui lui ont permis de « dédramatiser » la situation et de la gérer de manière optimale. Elle parle aussi des groupes de discussion organisés par cette naturopathe qui offrent aux femmes un espace pour partager leurs expériences.

*Une alternative au THS, pour les femmes qui n'y ont pas recours*

Les effets secondaires néfastes ou déplaisants du THS poussent certaines femmes à l'interrompre et à s'orienter vers les médecines douces :

Moi, j'avais pris des hormones pendant trois à quatre mois. Le médecin m'avait dit qu'on allait me surveiller. Puis, quand j'ai été au contrôle, j'avais déjà un fibrome qui se développait. On a tout de suite arrêté. Comme j'avais des bouffées très fortes, j'ai commencé à prendre des hormones végétales, des trucs à base de plantes. (Sonia, Suisse, 59 ans, cadre)

Comme Sonia, Emilienne et Lara ont aussi interrompu l'hormonothérapie après avoir constaté l'apparition des effets secondaires (problèmes hépatiques pour Emilienne, migraines et tension dans les seins pour Lara). Elles ont préféré s'orienter vers les médecines alternatives. Si celles-ci n'ont pas complètement supprimé leurs bouffées de chaleur, elles les ont tout de même soulagées pendant une période déterminée, leur permettant ainsi d'améliorer leur bien-être et de « passer le cap ».

Dans une autre perspective, Coralia qui affirme ne pas être une partisane des médecines douces, a elle aussi eu recours à la naturopathie, contrainte par un antécédent familial direct de cancer du sein (sa mère), et donc sujette à une contre-indication à l'hormonothérapie de remplacement. Mais, comme d'autres femmes interviewées, elle exprime une non satisfaction à l'égard des traitements utilisés, qui l'a conduite à les interrompre. En effet, plusieurs d'entre elles affirment avoir arrêté l'utilisation des médicaments phytothérapeutiques ou le recours à la naturopathie, après des périodes variant d'une femme à l'autre, mais généralement pour deux raisons : soit parce que les symptômes sont devenus supportables, soit parce que ces traitements se sont avérés inefficaces et que les symptômes ont persisté.

*Des traitements jugés peu efficaces ou lents à agir*

Les Suissesses interviewées n'ont pas une attitude unilatérale quant à l'efficacité éprouvée des alternatives des traitements hormonaux. Christine, Madeleine et Helena sont les seules à témoigner d'une efficacité remarquable des méthodes utilisées. Bien qu'elles soient nombreuses à user de ces thérapeutiques, leurs bénéfices réellement éprouvés restent peu reconnus par la plupart des femmes. Lara, Emilienne et Sonia affirment qu'elles auraient ressenti une amélioration de leurs symptômes pendant une courte période tandis que les autres déclarent qu'elles ne sauraient se prononcer, vu le caractère supportable ou persistant de leurs symptômes :

C'est vrai que je ne sais pas si ça fait quelque chose ou pas. Mais, j'ai quand même pris parce que je me suis dit que c'est pas nocif. Mais, maintenant, mes symptômes sont devenus supportables, donc, je ne prends plus rien. (Carmen, Suisse, 56.5 ans, travailleuse indépendante)

Des fois quand j'avais des bouffées de chaleur, j'avais quand même essayé des trucs phytothérapeutiques. J'ai arrêté trois semaines après, je ne sais pas si ça m'a réellement soulagée. Des fois ils disent qu'il faut prendre pendant longtemps pour voir l'effet, mais moi je me suis lassée très vite. (Martha, Suisse, 54 ans, FFNE)

Il y a certaines plantes qui font qu'on a moins chaud. Une fois, je l'ai vu à la télé. Je suis allée en pharmacie et j'ai demandé. J'ai pris pendant six mois. Ils indiquent le dosage. Quant à l'efficacité, je n'en sais rien. Ça a l'air d'aider, mais je ne sais pas trop. Moi, j'ai toujours mes bouffées. Peut-être que ça les a atténuées, mais elles sont quand même encore là. (Jeannette, Suisse, 54 ans, femme au foyer)

Si les symptômes restent difficiles à éliminer totalement, ils semblent être atténués grâce à ces alternatives du THS, selon les femmes interviewées. L'idée de faire face en douceur à l'arrêt de la fonction ovarienne en séduit alors de nombreuses, même si elle ne les satisfait pas entièrement.

Les Suissesses qui usent du THS partagent toutes une attitude de méfiance et de scepticisme envers les autres thérapeutiques. Pour elles, ces médecines relèvent de l'ordre de la foi. Elles sont critiquées pour leur inefficacité et pour la durée d'utilisation, nécessairement plus longue pour un bénéfice moindre. Ces critiques relatives aux traitements de la ménopause valent aussi pour les médecines complémentaires en général :

J'ai une certaine méfiance parce que c'est souvent ... je ne sais pas s'il y a vraiment quelque chose dans ces médicaments ou pas. Dans l'homéopathie, la phytothérapie, d'après les études qui ont été faites, il n'y a pas grand-chose dans les médicaments. C'est surtout un médicament qui est censé vous guérir avec rien dedans. Donc si vous êtes vraiment malade vous n'êtes pas guéri. Si vous n'êtes pas vraiment malade, vous êtes guéri parce c'est que c'est psychologique (Bernadette, Suisse, 61 ans, FFNE).

Moi, je n'en fais pas, ces médecines douces. Je n'en vois pas trop l'utilité. Mais je pense que pour les gens qui y croient, ça fonctionne. (Joëlle, Suisse, 59 ans, travailleuse indépendante)

*Que pensez-vous des méthodes alternatives en général ?* Je n'ai jamais trop essayé. Je ne sais pas. Mais, je me dis qu'il faut y croire (...) Il faut y croire et puis ça prend plus de temps. Il faut une certaine patience. Ce n'est pas mauvais mais il faut vraiment y croire. Moi je préfère la médecine allopathique, on peut très vite témoigner de l'efficacité. (Clémentine, Suisse, 66 ans, cadre retraitée)

Pour cette efficacité moindre des thérapies alternatives, les adeptes du THS rapportent leur préférence pour l'hormonothérapie substitutive, réputée pour son efficacité vérifiable.

Il est important de souligner que les trajectoires et les choix thérapeutiques des femmes interviewées ne sont pas toujours linéaires ou définitifs. Chez certaines femmes, on peut observer un pluralisme thérapeutique (utilisation de plusieurs thérapeutiques simultanément ou de manière successive), des prises discontinues des traitements, segmentées par des périodes d'interruption et finalement d'arrêt comme l'a aussi noté Vinel (2008). Inversement, il est aussi possible de trouver des femmes qui, après avoir choisi de s'abstenir de tout traitement, finissent par revenir sur leur décision et par en prendre un. Ces itinéraires thérapeutiques dépendent généralement des informations recueillies par les femmes, du vécu concret et des interactions avec l'entourage et de plusieurs autres variables que nous découvrons ci-dessous.

#### **IV. LES VARIABLES INFLUENÇANT LES PRATIQUES DE GESTION DE LA MÉNOPAUSE**

Pour mieux comprendre les stratégies mises en place par les femmes pour gérer les troubles qu'elles associent à la ménopause, il est nécessaire de cerner le contexte dans lequel elles émergent. D'abord, leur environnement socioculturel et économique de même que leurs représentations et leur attitude devant cet événement s'avèrent importants. Ensuite, l'on constate que les représentations des traitements de la ménopause en particulier et des médicaments en général sont aussi à prendre en compte. Enfin, les techniques mises en place par les femmes pour gérer les troubles associés à l'arrêt des règles semblent être, en partie, corrélées à certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes.

#### **IV.1. LE CONTEXTE SOCIAL, CULTUREL ET ÉCONOMIQUE**

Le matériel ethnographique révèle une bipolarisation d'attitudes dans le recours aux traitements de la ménopause par les Camerounaises et les Suissesses qui peut s'expliquer à la lumière du contexte socioculturel et économique dans lequel se trouvent ces femmes.

Premièrement, en termes d'accès aux soins de manière générale, il existe une inégalité entre les femmes des deux contextes, reflet du déséquilibre encore observable entre les pays du Nord et ceux du Sud et de la différence des systèmes de santé mis en place dans les deux pays. En Suisse, la couverture des soins via le système d'assurance maladie obligatoire offre aux individus un accès à de nombreuses prestations, ce qui n'est pas le cas au Cameroun où les dépenses en matière de santé reviennent aux consommateurs, excepté pour certains cadres dont les employeurs prennent en charge les frais médicaux. Pour ce qui est de la ménopause, l'implication ou la non-implication de la Santé Publique semble avoir un effet considérable. La ménopause étant un problème de santé publique en Suisse, cela génère une différence dans sa prise en charge par rapport au Cameroun, où elle ne fait pas partie des priorités de l'Etat en matière de santé reproductive. En effet, en Suisse, la volonté pour l'Etat de vouloir réduire les coûts sociaux et économiques liés aux effets de la ménopause a favorisé la prise en charge des troubles qu'on lui attribue. Avec l'apport de l'industrie pharmaceutique, de nombreux traitements allopathiques hormonaux, ou non, sont accessibles aux femmes grâce aux modalités de remboursements mises en place. S'il est vrai que la plupart de ces traitements sont aussi disponibles au Cameroun, il convient de souligner qu'ils ne sont pas accessibles à un grand nombre de femmes, à cause de leurs coûts élevés à la charge des usagères.

Deuxièmement, le recours possible à un pluralisme thérapeutique pourrait aussi avoir un impact sur les pratiques de gestion de la ménopause adoptées par les

femmes. Lorsqu'elles renoncent à l'allopathie pour remédier aux symptômes associés à la ménopause, les Camerounaises interviewées sont majoritaires à opter pour l'abstinence thérapeutique et s'orientent peu vers les « faiseurs de remèdes » qui pourtant affirment disposer de traitements pouvant les soulager à ce moment-là. Le discrédit dont sont victimes ces thérapeutes en milieu urbain camerounais, la préférence pour les traitements allopathiques, en sont des facteurs explicatifs. En revanche, les Suissesses, que ce soit pour manifester de la résistance à l'égard de la biomédecine ou pour exprimer une non satisfaction de leurs attentes, sont plus nombreuses à s'orienter vers des thérapies alternatives pour atténuer les maux ménopausiques. L'intégration des médecines complémentaires dans le système médical suisse et la légitimité dont elles jouissent auprès d'une large part de la population peuvent expliquer cette situation.

Enfin, sur le plan culturel, la prise en charge de la ménopause se révèle comme dépendante des filtres culturels qui renvoient à la fois aux conceptions du corps, de la maladie et de ses mécanismes et à la perception de la frontière entre normal et pathologique. Il a déjà été souligné, dans le cinquième chapitre, que la grande majorité des Camerounaises a davantage une définition instrumentale de la santé et une culture somatique de la force (Boltanski 1971 ; Bourdieu 1979 ; Détrez 2002). Pour les individus qui les partagent, la maladie n'est perçue comme tel que lorsqu'elle devient une entrave à la réalisation des activités quotidiennes. Pour une forte majorité de Camerounaises, même si la ménopause entraîne des désagréments, ceux-ci n'empêchent pas forcément la réalisation des tâches quotidiennes, professionnelles ou domestiques. On peut donc supposer que cette culture somatique de la force réduit la volonté, chez une bonne partie de ces femmes, de recourir aux traitements et favorise l'abstinence thérapeutique. En revanche, les Suissesses sont plus nombreuses à donner une définition expressive de la santé et à avoir une culture somatique de la forme. Celle-ci favorise une plus grande écoute du corps et le recours aux mesures préventives en matière de santé (Boltanski 1971 ; Bourdieu 1979 ; Détrez 2002). Elles semblent alors plus enclines à

décrypter ses signaux et à satisfaire à ses moindres caprices. Cette culture somatique de la forme pourrait aussi expliquer, en partie, le fait qu'elles soient plus nombreuses à recourir aux traitements, médicaux ou autres, pour pallier les désagréments occasionnés par l'arrêt des règles.

#### **IV.2. LES REPRÉSENTATIONS, LE VÉCU ET L'ATTITUDE VIS-À-VIS DE LA MÉNOPAUSE**

Il existe des corrélations significatives entre les pratiques de gestion de la ménopause et les représentations de cette étape de la vie comme l'ont aussi affirmé Delanoë (1998b, 2006) et Thoër-Fabre (2005). Les femmes qui ont des représentations et une attitude négatives ou ambivalentes à l'égard de la ménopause semblent plus enclines à opter pour un traitement. Les nombreuses manifestations physiques ou émotionnelles associées à l'arrêt des règles encouragent ces femmes à s'orienter vers des thérapies susceptibles de restaurer leur qualité de vie. Cet argument est davantage valable pour les Suissesses.

En revanche, les femmes qui ont une attitude positive ou indifférente, bien qu'elles rapportent aussi des désagréments associés à la ménopause, sont plus nombreuses à ne pas prendre de traitements ou à les interrompre. Les Suissesses qui appartiennent à cette catégorie ont moins tendance à recourir au THS qu'aux traitements alternatifs. La ménopause est ici perçue comme une évolution physiologique naturelle qu'il ne convient pas forcément de contrôler ou de modifier.

#### **IV.3. LE RAPPORT AUX MÉDICAMENTS ET AUX TRAITEMENTS DE LA MÉNOPAUSE**

Les représentations des médicaments en général, des traitements de la ménopause en particulier, semblent être corrélées aux stratégies adoptées par les femmes pour gérer cet événement. Avec le rapport au médicament, c'est la relation au corps et aux soins à lui apporter qui est aussi exprimée. Pour certaines, prendre soin de son

corps, c'est lui apporter les compléments dont il a besoin pour fonctionner. Pour d'autres, nul besoin de contrôle : le corps peut s'exprimer librement et puiser dans ses ressources pour résorber les problèmes qui surviennent.

Les Suissesses ont une attitude très ambivalente à l'égard des médicaments. La plupart leur attribuent des fonctions positives car ils sont perçus comme des objets de soulagement et de guérison. Ils sont supposés être efficaces et c'est cette efficacité qui attire : ils soulagent et apportent du bien-être à ceux qui les consomment. Ils représentent, en eux-mêmes, le pouvoir de guérir et l'expertise de la biomédecine (Collin 2003). Cependant, ces femmes sont aussi nombreuses à affirmer qu'il ne faut pas en abuser, les médicaments étant considérés comme des substances nocives, chimiques et agressives pour l'organisme. Les représentations à l'égard du THS témoignent bien de cette forte ambivalence, car il est à la fois, une drogue miracle pouvant soulager tous les maux de la ménopause et un maléfice regorgeant de plusieurs effets iatrogènes (Lachowsky 2003). Le THS peut alors être désiré ou redouté selon que les femmes craignent d'avoir le moindre symptôme ou le moindre effet délétère.

Parmi les Suissesses, on constate que celles qui sont engagées dans une hormonothérapie de remplacement témoignent d'une attitude favorable à l'égard des médicaments en général et du THS en particulier. Celui-ci apparaît comme l'outil indispensable à partir duquel elles peuvent atténuer ou soulager les troubles éprouvés et maîtriser ou contrôler leur corps. Elles rapportent une efficacité du THS supérieure à celle procurée par les médecines alternatives, laquelle engendre la méfiance et le non recours à ces médecines.

Davantage critiques envers la biomédecine et les médicaments, les autres femmes modulent leurs pratiques et leurs habitudes de vie pour éviter d'y avoir recours, autant que faire se peut. L'usage des médecines alternatives pour apaiser les troubles attribués à l'arrêt des règles témoigne d'une attitude plus marquée de

scepticisme vis-à-vis des médicaments de manière générale et du THS en particulier. Les Suissesses qui sont plus sensibles aux effets secondaires du THS et aux risques de toxicité qui y sont associés, sont plus nombreuses à s'engager dans des thérapies dites naturelles, moins nocives ou à s'en abstenir, lorsque celles-ci, pour plusieurs raisons, ne leur conviennent pas (plus).

Contrairement aux Suissesses, la quasi-totalité des Camerounaises nourrit une confiance indéfectible envers les médicaments. Elles se montrent enthousiastes vis-à-vis de ces substances et manifestent moins d'opinions négatives à leur égard. Toutefois, bien qu'ils soient appréciés pour leur efficacité concrète, les médicaments sont considérés par la majorité des Camerounaises comme étant annonciateurs d'une carrière de malade (Collin 2003). La ménopause n'étant pas perçue comme une maladie, plusieurs déclarent alors ne pas vouloir se faire soigner pour un phénomène physiologique qu'elles trouvent normal : « pour moi, les médicaments c'est si on est malade. Alors, les médicaments que je vais prendre pour la ménopause c'est pourquoi ? » s'interrogeait Leah, Camerounaise. Pour la minorité qui recourt à l'hormonothérapie substitutive, comme pour les Suissesses, c'est son efficacité remarquable sur les symptômes ressentis qui est recherchée.

Mais, le rapport des femmes au THS n'est pas identique selon que les femmes ont eu recours aux méthodes de contraception hormonales ou non. Si on peut observer une certaine continuité chez les adeptes du THS, il n'en est pas de même pour les autres. En effet, plusieurs femmes ayant utilisé ces méthodes s'abstiennent ou ont interrompu le THS pour plusieurs raisons qui ont déjà été évoquées.

#### **IV.4. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

Les travaux de Delanoë (1998b, 2006) montrent qu'il existe un fort lien entre le recours ou non au THS et la situation sociale des femmes. Les femmes ménopausées qui prennent un THS ont, en général, des caractéristiques suivantes :

niveau d'études supérieur, profession supérieure ou intermédiaire, appartenance à un milieu aisé, niveau de médicalisation élevé, suivi régulier chez le gynécologue, souci de l'apparence nettement élevé par rapport aux autres qui se manifeste notamment par le contrôle de l'alimentation, la pratique de l'exercice physique, l'utilisation de cosmétiques. Si cette remarque est valable, en partie, pour les Camerounaises, elle ne se vérifie que très peu chez les Suissesses.

En effet, Sophie et Laurette, Camerounaises, qui ont recours à l'hormonothérapie substitutive et qui ne l'ont jusqu'ici pas interrompue, correspondent aux critères susmentionnés : elles ont toutes les deux un niveau d'études supérieur, occupent un poste de cadre dans l'administration publique et donc appartiennent à un milieu social favorisé, affirment qu'elles consultent assez souvent un gynécologue et semblent très soucieuses de leur apparence. Bien que les entretiens avec les gynécologues et les femmes eux-mêmes révèlent que le THS a souvent été prescrit aux femmes appartenant à toutes les couches sociales, il n'en demeure pas moins qu'il reste en majorité accessible aux femmes favorisées sur le plan économique. Il reste alors une pratique de distinction (Bourdieu 1979). Toutefois, la généralisation et l'universalisation de cette argumentation peuvent être sujettes aux critiques : toutes les Camerounaises ayant un niveau d'études supérieures et occupant des professions de cadre n'ont pas recours au traitement hormonal pour gérer leurs troubles qu'elles associent pourtant à la ménopause.

Du côté des Suissesses, les femmes qui ont recours aux médecines alternatives pour gérer leurs troubles sont plus nombreuses à avoir un niveau d'études supérieur ou secondaire et à occuper une position de cadre dans leur milieu de travail. Ce qui tend à confirmer les résultats des travaux précédents qui montrent que la frange de population qui adhère le plus à cette nouvelle culture médicale se trouve davantage chez les cadres supérieurs et les classes moyennes (Laplantine et Rabeyron 1987 ; Inglin et Amsler 2007). En revanche, les femmes qui sont engagées dans une hormonothérapie substitutive, appartiennent à des milieux sociaux différents, leur

niveau de scolarisation varie entre le primaire et le secondaire et aucune d'entre elles n'a un niveau d'études supérieur. Elles semblent plus médicalisées que les autres, mais, le matériel ethnographique ne permet pas d'affirmer qu'elles sont plus soucieuses que les autres de leur apparence. La thèse du déterminisme social en rapport avec le THS (Delanoë 1998b) devrait alors être nuancée.

## **V. LA MÉDICALISATION DE LA MÉNOPAUSE : ENTRE ACCEPTATION ET REFUS**

L'analyse des pratiques de gestion variées de la ménopause, déployées par les femmes rencontrées en Suisse et au Cameroun, révèle chez elles une double attitude à l'égard des offres qui leur sont faites. Si certaines y adhèrent voire la revendiquent activement, d'autres la réfutent et essayent de la contrer.

### **V.1. DE L'ADHÉSION ET/OU DE LA REVENDICATION : QUAND LA MÉDICALISATION VIENT DES FEMMES**

Les premières études sur la médicalisation, on l'a vu, considèrent le profane comme passif et dépourvu de jugement à l'égard de l'expansion de la profession médicale (Illich 1975 ; Zola 1990). Mais aujourd'hui la participation des profanes au processus de médicalisation devient de plus en plus visible. Mieux informés et plus critiques, ils peuvent être des collaborateurs actifs dans la médicalisation de leurs problèmes et même la désirer vivement tout en sollicitant les professionnels de la santé pour y parvenir (Conrad 1992, 2007 ; Carricaburu et Ménoret 2005). Ce processus que Conrad (2007) qualifie d'auto-médicalisation (individual's self-medicalization) est en plein accroissement et semble être favorisé par l'accès plus facile du public aux nombreuses sources d'information sur les problèmes de santé. Outre les interactions avec les pairs et les professionnels de la santé, Internet est devenu un important moteur pour la propagation des définitions médicalisées d'une large étendue de maux. À travers les forums, les individus s'échangent des informations et leurs expériences de la maladie, des traitements, des thérapeutes ou des

médecins rencontrés (Conrad 2007). Leur prolifération participe donc à nourrir la quête informelle des malades et, malgré les pièges de la mauvaise information, le partage d'expériences donne plus de pouvoir au consommateur de soins médicaux, qui devient pleinement actif dans la prise en charge de ses problèmes de santé.

Mettre au centre l'expérience des femmes ne suffit donc pas pour sortir du circuit de médicalisation. Non seulement, les femmes sont de plus en plus nombreuses à interpréter les désagréments qu'elles éprouvent comme consécutifs à la ménopause, sans forcément utiliser un langage médical ou sans que cela ne soit suggéré par les professionnels de la santé (comme on l'a observé avec plusieurs Camerounaises), mais certaines d'entre elles tendent aussi à revendiquer, de diverses manières, que ces troubles soient traités.

#### ***V.1.1. Une auto-médicalisation polymorphe***

Conrad (2007) identifie trois approches à travers lesquelles s'illustre l'auto-médicalisation me permettant de mettre en évidence la participation active des femmes, et particulièrement les Suissesses, au processus de pathologisation de l'arrêt des règles.

La première forme d'auto-médicalisation consiste pour les profanes à se rendre dans le cabinet médical pour savoir s'ils n'auraient pas des troubles dont ils ont entendu parler et solliciter une médication si leurs soupçons s'avèrent confirmés par le médecin (Conrad 2007). En effet, en période de pré-ménopause, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, de nombreuses Suissesses et Camerounaises interviewées affirment s'être rendues chez le gynécologue une fois que des changements ont été observés. Cette visite chez le spécialiste a une double portée. D'une part, elle offre la possibilité à la femme de confirmer que les désagréments éprouvés sont dus à la ménopause, comme elle en a pris conscience à travers plusieurs sources d'informations. D'autre part, elle lui donne l'occasion de

s'enquérir de quelle manière résorber les troubles constatés et, éventuellement, de demander explicitement des traitements si nécessaire.

La deuxième forme d'auto-médicalisation, selon Conrad consiste, pour les consommateurs, à obtenir des produits et services médicaux dans des marchés privés ou médiatiques (achats de médicaments sur Internet). Cette forme est fortement influencée par l'action de l'industrie pharmaceutique qui propose des offres diverses aux individus et de différentes manières. Pendant longtemps, elle s'est limitée à promouvoir ses articles aux médecins à travers des détaillants, en offrant des cadeaux (objets, stylos...), en sponsorisant des événements médicaux et en faisant de la publicité dans les journaux médicaux. Les médecins étaient, en effet, la principale cible de l'industrie pharmaceutique puisque ce sont eux qui prescrivent<sup>60</sup>. Mais, aujourd'hui, les compagnies de médicaments adressent aussi des publicités directement à l'attention des consommateurs, dans les journaux médicaux (des salles d'attente) ou par le canal des médias de masse (Conrad 2007). Internet est devenu un moteur très important dans le marketing des compagnies pharmaceutiques, car elles ont toutes des sites web truffés d'informations orientées vers le consommateur. Non seulement elles promeuvent leurs produits sur ces sites, mais elles incluent aussi des questionnaires pour encourager le consommateur à déterminer dans quelle mesure un trouble particulier dont il souffrirait pourrait être résorbé par certains médicaments. En Suisse, la publicité, auprès des consommateurs, pour toutes les formes de traitements soumis à ordonnance ou remboursés dans la cadre de l'assurance-maladie, est interdite (Muheim 2006). Néanmoins, les propriétés de nombreux médicaments, en vente libre, sont vantées par diverses formes de médias, à l'attention des consommateurs. Bien qu'elle se décline différemment selon les pays, cette politique de marketing massif et de « commercialisation des maladies » (Conrad 2007)

---

<sup>60</sup> L'ampleur du pouvoir discrétionnaire des médecins sur le recours aux traitements de la ménopause par les femmes est difficile à mesurer dans cette étude. Toutefois, plusieurs interlocutrices ont considéré les gynécologues favorables au THS comme étant souvent les promoteurs auprès de leurs patientes.

s'avère rentable. Les individus s'attribuent les troubles dont ils ont connaissance, consultent, demandent les nouveaux médicaments dont ils ont entendu parler et peuvent les obtenir par l'intermédiaire du médecin ou non. Dans le cas de la ménopause, les publicités sur les médicaments vantant leurs propriétés relatives à la suppression des troubles qui lui sont attribués, invitent un nombre important de femmes à consulter pour lesdits troubles ou simplement à se procurer des médicaments qui sont en vente libre.

Cette deuxième forme d'auto-médicalisation s'observe autant chez les Suissesses que chez les Camerounaises interviewées, mais avec des variations. Pour les Suissesses, qui ont usé d'automédication pour soulager les bouffées de chaleur, les produits utilisés ont été acquis, en pharmacie ou dans des drogueries. Il s'agit principalement des médicaments phytothérapeutiques ou des phytohormones dont les vertus ont été vantées par l'entourage, dans les magazines féminins ou à la télévision :

*C'est un médecin qui vous a prescrit les médicaments phytothérapeutiques que vous dites avoir pris ? C'est des amies qui m'en ont parlé. Elles avaient aussi essayé. Donc, je suis allée à la pharmacie et j'ai demandé. Comme c'est en vente libre, j'ai acheté. (Martha, Suisse, 54 ans, FFNE)*

*Qui vous a conseillé de prendre les produits dont vous m'avez parlé ? J'ai vu la publicité à la télé. On disait que c'est contre les bouffées de chaleur. J'ai pensé que ça pouvait m'aider. Je suis donc allée en pharmacie pour me le procurer et on m'a donné. (Jeannette, Suisse, 54 ans, femme au foyer)*

Contrairement aux Suissesses, aucune interlocutrice camerounaise n'affirme s'être procurée, de son propre chef, des médicaments pouvant résorber les troubles « classiques » de la ménopause tels que les bouffées de chaleur. Néanmoins, pour les céphalées, les douleurs articulaires ou dorsales, qu'elles attribuent aussi à la ménopause, de nombreuses Camerounaises, particulièrement de milieu populaire, se tournent aussi vers l'automédication. Toutefois, contrairement aux Suissesses, elles ne se rendent que rarement dans des lieux agréés comme les pharmacies, mais ont recours au marché informel, de plus en plus florissant et de faible coût :

*Vous dites que vous ne prenez rien pour les bouffées de chaleur, et pour les douleurs que vous avez citées que faites-vous ?* Je prends souvent des médicaments quand j'ai mal.

*Quels médicaments ?* Contre les douleurs

*C'est le médecin qui vous les a prescrits ?* Non, comme il y a les « dix-dix » on se sert comme on peut

*C'est quoi les « dix-dix » ?* C'est des anti-inflammatoires qu'on achète là dehors (comprendre commerce de la rue). Ça coûte dix francs, donc c'est moins cher. Après tu prends et ça te soulage. Les vendeurs t'expliquent comment les prendre. (Huguette, Camerounaise, 56 ans, femme au foyer)

Ces médicaments, acquis dans le marché formel (chez les Suissesses) ou informel (chez les Camerounaises) et dont les effets ne seront pas traités dans ce travail, peuvent être considérés comme des facteurs d'individualisation. Ils confèrent un pouvoir personnel aux femmes et leur permettent d'échapper à la dépendance vis-à-vis des professionnels médicaux. Cette forme d'auto-médicalisation peut donc se passer du médecin, le profane pouvant lui-même diagnostiquer son problème et se procurer une médication qui lui semble appropriée (Conrad 2007).

La troisième et dernière forme d'auto-médicalisation, selon Conrad, fait référence aux patients qui se rendent chez le médecin et demandent explicitement le traitement approprié pour les troubles qu'ils ont eux-mêmes diagnostiqués. Cette forme d'auto-médicalisation semble difficilement perceptible chez les Camerounaises interviewées, celles-ci entretenant le plus souvent une confiance cléricale (Hammer 2006) à l'égard des médecins. Les Camerounaises ne se présentent donc que rarement, dans le cabinet médical, avec des exigences précises sur les médicaments à leur prescrire pour endiguer les troubles. Selon les interlocutrices et les gynécologues interviewés, leurs doléances se limitent à celles d'avoir un traitement approprié, du moins en ce qui concerne la ménopause.

En Suisse, en revanche, les situations où les femmes décrivent leurs symptômes et demandent explicitement une solution médicale spécifique sont récurrentes, d'après les gynécologues interviewés :

Souvent, il y en a qui viennent et qui vous disent je veux ça et ça.

*Et que faites-vous ?* Je les informe. J'essaie de mettre sur la table tous les éléments nécessaires à la compréhension du traitement, les effets secondaires du traitement, les effets secondaires du non traitement. Il y en a qui veulent prendre tout de même les hormones alors qu'elles savent qu'elles ont des risques d'avoir une MCV ou le cancer du sein, parce qu'elles souffrent beaucoup. On les informe et souvent la patiente est très informée des risques qu'elle prend avec ces médicaments et elle est quand même d'accord de le faire. C'est ça les risques de croire ou de ne pas croire, de faire ou de ne rien faire dans la ménopause. (Docteur I, Suisse)

Dans la majorité des cas, c'est les femmes qui le (traitement) demandent hein... En Suisse, il y a une espèce de... les gens sont coconnés dans un univers de sucre, de chocolat, d'argent et de confort... il ne faut pas le leur dire comme ça, mais il y a un peu de ça. Donc, ils ne veulent pas souffrir. Donc, il y en a quand elles viennent, puisqu'elles savent déjà ce qu'elles ont, elles vous demandent aussi un traitement qu'elles ont déjà en tête, généralement le traitement hormonal, les patchs. (Docteur A, Suisse)

En effet, les femmes ne sont plus uniquement des victimes passives de la médicalisation de la ménopause car certaines la sollicitent activement, comme l'affirment ces deux praticiens et comme le révèlent aussi les entretiens avec les Suissesses :

Moi, je me bats dur bec et ongles pour avoir mes hormones. Eux, ils essaient de vous donner les médicaments dits naturels, alors qu'ils ne font rien. Ça n'a pas le même effet et quand je lis sur le papier, ça ne vous protège pas contre l'ostéoporose, alors je ne comprends pas pourquoi il faut prendre des trucs qui ne valent rien. En tout cas, moi, quand je pars à la consultation, je sais déjà ce que je veux et je n'hésite pas à demander mes hormones, même s'il faut toujours que j'insiste pour les avoir. (Bernadette, Suisse, 61 ans, FFNE)

Je suis consciente que j'aurais de la peine à mener mes activités sans mes hormones, donc moi, je ne veux pas m'en séparer, à moins d'être sûre que je n'aurai plus les symptômes. Je n'ai vraiment pas envie de les subir alors que je sais qu'il y a des traitements qui permettent de les supprimer. Donc, quand, je vais pour le bilan gynécologique, je leur demande aussi de renouveler mon ordonnance pour les patchs, puisque je sais déjà ce qu'il me faut. (Maria, Suisse, 64 ans, cadre retraitée)

Deux exemples patents, issus des « consultations de ménopause » permettent aussi d'enrichir l'illustration de cette troisième forme d'auto-médicalisation de la ménopause :

Madame T est âgée de 55 ans et se présente à la « consultation de la ménopause » pour un bilan gynécologique annuel. Suite à l'interrogatoire du début de chaque consultation, le gynécologue découvre qu'elle est sous traitement hormonal substitutif, prescrit par son médecin généraliste, depuis près d'un an. Son dossier médical indique, cependant, qu'elle est hypertendue (ce que confirmera la prise de la tension artérielle par l'infirmière, quelques minutes plus tard) et qu'elle présente un anévrisme cérébral. Le gynécologue estime que ces deux affections sont des contre-indications à la prise d'une hormonothérapie substitutive et propose à Madame T d'interrompre son traitement. Celle-ci s'exclame aussitôt : « moi, je ne veux pas de bouffées de chaleur hein..., je ne veux pas du tout vivre avec quelque chose qui me perturbe dans mon quotidien ! » Le médecin réplique : « mais Madame, c'est très dangereux. C'est complètement insensé de vouloir continuer à prendre ce traitement alors que vous pouvez facilement faire un AVC (Accident Vasculaire Cérébral) ou avoir une rupture d'anévrisme ». Madame T rétorque : « on voit que ce n'est pas vous qui serez incommodé par ces bouffées. Moi, je ne veux pas passer mon temps à dégouliner ». Le gynécologue lui a alors renouvelé son ordonnance.

Madame V est âgée de 61 ans et est aussi hormono-substituée, mais depuis plus de dix ans. Elle est aussi venue pour le bilan gynécologique annuel et souhaiterait que sa prescription soit renouvelée. Voici des éléments extraits de sa discussion avec la gynécologue et la sage-femme :

*Doctoresse* : il faut que vous arrêtiez maintenant. Les hormones ne doivent pas être prises pendant plus de 5 ans. Les risques de cancer du sein et des maladies thromboemboliques augmentent. Je pense qu'il faut arrêter maintenant.

*Patient* : Vous voulez que j'arrête et après j'aurai des problèmes de bouffées de chaleur, de sécheresse et autres et je ne pourrai plus avoir de rapport avec mon mari. Moi je ne peux pas. Je ne veux pas me séparer de mes patches.

*Doctoresse* : Vous pouvez essayer quelque chose de naturel. Avez-vous essayé Cimifémine ? Et puis il y a les ovules qui peuvent vous éviter la sécheresse vaginale.

*Patiente* : Cimifémine ne me fait rien. J'ai essayé pendant trois mois. En plus les ovules, il faut les mettre deux fois la semaine et on se lève le matin avec des sous-vêtements sales. Je veux bien diminuer la dose, mais je ne peux pas me passer de mes patchs.

*Doctoresse* : C'est votre responsabilité, je vous aurais expliqué les risques.

*Patiente* : Vous voulez quoi ? Que je prenne des médicaments qui ne font pas l'effet qu'ils doivent faire ? On donne des médicaments qui ne font rien parce qu'on veut nous décourager à prendre les hormones. On parle de cancer de sein pour nous décourager. Moi je connais des femmes qui n'ont pas d'hormones et qui ont un cancer du sein. Et puis, les études dont on parle dans les médias, c'est pas en Suisse qu'elles ont été faites. C'est pas très agréable, je peux vous le dire. Dès que j'ai eu la ménopause, je ne dormais plus, moi qui avais un bon sommeil avant. J'avais le radiateur intégré, je transpirais jour et nuit. Qu'on nous trouve les médicaments avec moins de contraintes, si on ne veut pas qu'on prenne les hormones, parce que s'il faut prendre les comprimés (de Cimifémine) deux fois par jour, ça c'est l'horreur, en plus s'ils ne font rien...

*Sage-femme* : Vous faites ce qui vous convient. C'est votre bien-être, votre confort de vie.

*Patiente* : On attend les résultats de partout. Je ne suis pas contre la médecine naturelle, mais je veux de bons résultats. Il y a des médicaments plus dangereux que les hormones et puis les patchs sont meilleurs que les médicaments par voie orale qui passent directement dans le foie. Il y a eu des générations où les femmes ne dormaient pas et on les bourrait de somnifères parce qu'on ne pouvait pas les aider. Aujourd'hui ça a changé. On peut quand même choisir autre chose.

*Doctoresse* : Je vous prescris donc les patchs 25 (la moitié de la dose antérieure).

Les gynécologues seraient-ils réduits à des simples prestataires de service aux usagères informées et libres de leur décision ? Le traitement hormonal de la ménopause apparaît ici comme un droit de la patiente auquel est tenu d'accéder le médecin. Cela résulte principalement du fait que les systèmes de santé occidentaux tendent de plus en plus vers un respect accru des droits individuels des patients (Fainzang 2006a). Après la lutte pour la contraception et l'interruption volontaire de grossesse, c'est la médicalisation de la ménopause qui se trouve maintenant revendiquée, du moins par certaines femmes.

Par ailleurs, comme l'affirme (Fainzang 2006a), le patient se livre parfois à des manipulations dans la présentation de soi, en dissimulant ou en minorant les

symptômes, mais aussi, en les majorant, comme ce fut le cas avec Madame M. âgée de 60 ans, venue en « consultation de ménopause » pendant la durée de l'enquête. Celle-ci est aussi sous hormonothérapie de remplacement depuis plus d'une dizaine d'années. La gynécologue lui propose d'arrêter son traitement, en évoquant les risques déjà soulignés, ce que Madame M. finit par accepter, non sans quelque résistance. La praticienne lui prescrit, en lieu et place du THS, un médicament phytothérapeutique, au cas où les bouffées de chaleur, que Madame M. redoute, réapparaîtraient. Une prescription pour les traitements locaux lui est aussi proposée, au cas où elle souffrirait de la sécheresse vaginale. Mais Madame M. la refuse en affirmant que de toute manière, elle n'a pas de vie sexuelle avec son conjoint depuis plusieurs années et qu'elle n'en a pas besoin. Madame M. s'en va donc, mais revient quelques mois plus tard. Elle trouve un autre gynécologue (puisqu'ils changent tous les six mois environ) et lui affirme qu'elle ne se sent pas bien depuis l'arrêt de la prise d'hormones. Le gynécologue, qui n'avait pas encore suffisamment lu le dossier de sa patiente, l'interroge : « Mais pourquoi vous les a-t-on enlevées ? » Elle répond : « Mais, je ne sais pas ». Le gynécologue parcourt donc le dossier et découvre la raison de cette interruption. Puis, il dit à Madame M. : « Ah oui, je vois, c'est parce que ça faisait longtemps ». Voyant qu'il ne dispose pas de toutes les informations qu'elle a fournies lors de la dernière consultation, Madame M. affirme au praticien qu'elle a de nouveau de fortes sueurs nocturnes, qu'elle a tout de suite constaté une baisse de la libido dès qu'elle a arrêté le traitement et que pour cette raison, elle ne peut plus avoir de vie sexuelle avec son mari, ce qui affecte sa vie de couple. Sensible à la baisse de la libido évoquée par sa patiente, le gynécologue lui prescrit, à nouveau les patches. Le surenchérissement des troubles libidinaux par Madame M. a donc eu une influence sur la décision du gynécologue. Je partage donc l'avis de Fainzang (2006a) lorsqu'elle affirme que certaines informations sont parfois données par le patient en vue d'orienter le médecin vers un diagnostic ou un traitement qui répondent mieux à ses attentes. L'analyse du cas de Madame M. révèle tout à fait une certaine instrumentalisation à laquelle peuvent se livrer certaines femmes. Des situations semblables ont d'ailleurs été

observées plus d'une fois. De manière consciente ou non, plusieurs femmes utilisent l'argument de la baisse de la libido en vue d'exercer une certaine pression sur les praticiens. Du fait qu'elle est efficacement résorbée par la plupart des gynécologues avec l'hormonothérapie substitutive, l'une des stratégies adoptées par certaines femmes pour en obtenir la prescription consiste à mettre l'accent (en plus des bouffées de chaleur) non pas sur la sécheresse vaginale (généralement traitée par les traitements hormonaux locaux), mais sur la baisse de la libido. Les soignants semblent peu attentifs à cette instrumentalisation ou alors ne trouvent pas d'arguments pour la contrer, du fait qu'il s'agit d'une question relative à l'épanouissement sexuel, perçu comme une valeur primordiale. Plusieurs gynécologues observés ou interviewés semblent, en effet, sensibles à la diminution du désir sexuel, compte tenu de l'impact qu'elle peut avoir sur les relations conjugales. Ne voulant pas se sentir responsables des difficultés potentielles dans la vie de couple de leurs patientes, il arrive qu'ils renouvellent ou prescrivent une ordonnance de THS pour cette raison-là.

Pour ces femmes qui sollicitent activement la médicalisation de la ménopause, seul compte le soulagement des désagréments éprouvés, les risques, quant à eux, semblent relativisés, quand bien même ils sont clairement exposés par les praticiens. Ce comportement traduit l'existence d'une certaine négociation entre leurs intérêts et désirs et ceux des experts, entre les bénéfices à court terme et les risques à long terme. Suivant une logique qui leur est propre et parce que l'hormonothérapie de remplacement leur procure une amélioration du bien-être et leur permet de gérer les contraintes quotidiennes, certaines femmes peuvent alors se démarquer du discours des experts, en optant pour ce traitement, alors même qu'il est pressenti comme « dangereux » par ces derniers. Burton-Jeangros suggère ainsi de considérer les choix des individus, en matière sanitaire, « comme étant le résultat d'un compromis : un comportement à risque et reconnu comme tel, peut être entretenu dans la mesure où il fournit des bénéfices » (2004 : 31).

La raison principale de la demande de médicalisation réside, chez de nombreuses femmes, dans la volonté de soulager les maux liés à l'arrêt des règles, de jouir d'une meilleure qualité de vie voire de rester jeune, même si cette dernière raison apparaît rarement de manière explicite. Elle provient aussi de l'opiniâtreté des femmes à exprimer leur libération du joug du déterminisme biologique et à se réapproprier leur corps. Ainsi, si à l'origine les hormones peuvent apparaître comme étant en recherche d'une maladie (Oudshoorn 1998 ; Delanoë 1998a, 2006), aujourd'hui, elles sont aussi une réponse à une demande, une solution à un problème créé certes par la profession médicale, mais aussi entretenu par les femmes elles-mêmes.

En fin de compte, le processus de médicalisation peut être impulsé par les médecins, mais encore faut-il que sa légitimité advienne, car tant que la population n'y adhère pas, cette légitimité reste suspendue faute de consentement (Druhle et Clément 1998). Ainsi que le révèle mon matériel ethnographique, la médicalisation de la ménopause est non seulement consentie, mais elle est aussi désirée voire revendiquée par une partie des femmes. Il est, par conséquent, « contre-productif (...) de dénoncer la médecine en l'assimilant de façon simpliste à une vaste entreprise de médicalisation de la société en général, et du corps des femmes en particulier (Vuille et al 2006 : 13). Bien qu'un certain nombre de facteurs aient facilité la médicalisation de la ménopause de l'intérieur même de la profession médicale, il n'en demeure pas moins que l'assentiment et les besoins de prise en charge exprimés par les femmes – qu'ils soient éclairés ou non – sont cruciaux pour que cette étape naturelle du cycle féminin continue d'être définie comme une maladie carencielle.

### ***V.1.2. Liberté ou contrainte ? Les deux...***

La complexité du phénomène ménopausique et son interaction avec des préoccupations quotidiennes telles que les questions liées au vieillissement, à la santé, mais aussi au corps, ont déjà été démontrées dans ce travail. Les logiques

sous-jacentes à la demande de médicalisation de la ménopause par les femmes sont donc aussi imputables au rapport à ces objets. Et, elles sont de deux ordres : d'une part, l'auto-médicalisation provient de l'extension du regard porté sur le corps et du choix qu'ont les femmes de traiter les troubles qu'elles associent à la ménopause ; d'autre part, elle peut être perçue comme résultant d'une soumission aux nouvelles normes d'excellence corporelle.

#### **V.1.2.1. Un choix libre et consentant**

Partenaire privilégié de l'individu, le corps est aujourd'hui le lieu de sa distinction et de son individuation (Lipovetsky 1983 ; Le Breton 2008). Les individus ont alors un rapport au corps qui fait plus fréquemment référence à l'expérience vécue du « corps propre » (Jodelet 1982). Cette évolution du rapport au corps est caractéristique de l'émergence d'un individualisme de type narcissique qui conduit l'individu à se recentrer sur lui-même pour tenter de se redéfinir. Dans ce contexte d'atomisation du lien social, l'individu est considéré comme seul responsable de l'entretien de son corps, pouvant gérer, comme bon lui semble, son capital esthétique, affectif, physique et libidinal (Lipovetsky 1983). Et, « à défaut de se sentir pleinement à l'aise au sein du social, l'acteur essaie au moins d'être bien dans sa peau, de se sentir en « accord » avec soi et de personnaliser son corps » (Le Breton 2008 : 226). Le corps devient ainsi un objet que l'on modèle selon ses désirs, que l'on façonne à sa propre guise, en essayant de supprimer au maximum ses signes de dégradation, ses malaises ou ses réticences. Dans ce souci de perfectionnement et de redressement du corps (Détrez 2002) le culte du jeunisme et la quête effrénée du bien-être physique et psychique sont primordiaux. La santé y est perçue comme une valeur capitale et les troubles (si banals soient-ils) pouvant la compromettre sont de moins en moins acceptés. Cette diminution de la tolérance du public aux symptômes anodins est considérée comme l'une des causes de l'émergence de médicalisation induite par les profanes, car elle stimule la reclassification des états corporels inconfortables – jusque-là considérés comme

acceptables – en états morbides devant être traités (Barsky et Boros 1995). Dans la même logique, la tolérance moindre de certaines femmes à l'égard des troubles attribués à la ménopause – considérés comme altérant la qualité de vie – favorise l'essor de la médicalisation de ce phénomène. Bien qu'elles ne l'assimilent pas à une maladie, plusieurs femmes, particulièrement les Suissesses, considèrent la ménopause comme un état devant être traité, même si toutes ne recourent pas au même type de traitements. Mais, qu'ils relèvent de la naturopathie ou de l'allopathie, ces traitements sont perçus comme des antidotes à la souffrance que pourrait induire l'arrêt des règles.

Dans la mesure où elles correspondent à une volonté de remodeler, selon ses désirs, ce corps qui lâche ou qui échappe, d'en corriger les imperfections pour mieux en jouir et préserver le rapport narcissique que l'on a établi avec lui, l'auto-médicalisation et la médicalisation de la ménopause semblent relever d'un choix libre et individuel. Ainsi, malgré les mises en garde de certains professionnels de la santé quant aux risques associés à certaines formes de médication (THS sur une durée prolongée, utilisation des phytohormones), plusieurs femmes choisissent d'en faire usage, exprimant, par-là, la liberté qu'ont les individus contemporains de modifier les assises de leur corps pour le rendre conforme à l'idée qu'ils s'en font (Le Breton 2008).

Mais, s'il est vrai que l'auto-médicalisation est menée par des femmes libres et consentantes, il n'en demeure pas moins qu'elle est alimentée et stimulée voire déterminée par un contexte socioculturel qui la favorise.

#### **V.1.2.2. Un choix normé et normatif**

L'auto-médicalisation ou la demande de médicalisation par les femmes s'appuient sur un changement culturel plus profond qui a trait à l'attention de plus en plus portée au corps et au développement d'un éthos du bien-être, comme cela a déjà été souligné. Dans cette mouvance, la société offre un catalogue des normes en vigueur auxquelles un grand nombre d'individus tentent de se conformer : ne pas

vieillir – ou tout au moins vieillir jeune, dynamique et actif (Gestin 2001) –, s'occuper de son corps en respectant les canons esthétiques en vigueur, être en bonne santé, sont prépondérants. Ces normes sont d'ailleurs véhiculées dans les annonces publicitaires des traitements de la ménopause.

Les médias de masse jouent un rôle crucial dans la vulgarisation des normes corporelles et sanitaires idéales et apparaissent comme des instruments de mises en conformité. Les sciences médicales en sont aussi de véritables promoteurs, comme en témoigne le discours de certaines interlocutrices Suissesses et Camerounaises. Par ailleurs, comme dans l'étude de Guyard (2010), il a été observé pendant les « consultations de ménopause » que la consultation gynécologique se révèle comme un espace faisant le relais des normes d'excellence corporelle féminine. Les modalités autour desquelles s'organise l'examen du corps s'offrent comme autant de conditions favorables au jugement de ce dernier dans sa globalité. Si les remarques portent peu sur le corps dénudé des patientes, elles portent, assez souvent, sur leur poids de manière générale. La prise de poids, à chaque consultation, permet aux professionnels de faire une comparaison avec le poids antérieur de la patiente, marqué sur son dossier médical. Bien que les professionnels se défendent de ne pas les juger, ils invitent cependant certaines femmes à perdre du poids lorsque celui-ci ne semble pas correspondre aux « normes ». Les conseils diététiques et d'hygiène de vie, l'encouragement à la pratique de l'exercice physique (consommer moins de calories, bouger plus pour éliminer et tonifier le corps) interviennent souvent comme autant de recommandations pouvant permettre aux femmes d'atteindre la conformité ou de la préserver.

Ces conseils sont généralement avancés pour des raisons médicales (éviter la survenue ou l'aggravation des maladies cardio-vasculaires). Mais, il n'en demeure pas moins qu'ils comportent, implicitement, un enjeu d'ordre esthétique : le corps gros est déprécié. Soumises elles-mêmes au diktat des normes esthétiques en vigueur, les gynécologues femmes, semblent plus injonctives que les praticiens

hommes, comme dans l'a également noté Guyard (2010). C'est sans doute, par crainte d'être jugée par cette « autre identique » que certaines interlocutrices affirment qu'elles préfèrent recourir aux services de gynécologues masculins.

L'existence contemporaine tourne ainsi, d'une façon prédominante, autour d'une normalisation des corps impliquant de rester jeune, mince et sain. Mais, celle-ci n'est plus seulement véhiculée par les institutions de régulation précises et définies et ne se fait pas uniquement sous la forme d'une discipline imposée. L'imposition laisse la place à la persuasion et au consentement, donnant l'impression aux individus d'avoir prise sur leur corps. Intériorisé, le modelage des corps se diffuse dans la société sous la forme d'une discipline personnelle, qui n'est, cependant, pas vécue comme une véritable contrainte (Foucault 1975 ; Détrez 2002). Et, non seulement l'individu s'autodiscipline, mais il peut aussi devenir le relais en essayant de discipliner les membres de son entourage (Massé 2001).

Ce processus historique d'incorporation des contraintes est au cœur de plusieurs théories contemporaines sur le corps et ses usages (Détrez 2002 ; Bourdieu 1980). À travers les notions d'habitus et d'hexis corporelle, Bourdieu (1980) montre comment le social s'inscrit sur le corps. Les réactions et les gestes les plus quotidiens des agents sociaux obéissent à des règles que l'individu incorpore au fur et à mesure de sa socialisation et de sa trajectoire sociale, qui lui permettront d'agir d'une certaine manière dans une situation précise. Dès lors, nombres de pratiques d'entretien du corps qui peuvent apparaître comme relevant de la seule volonté personnelle se révèlent, en réalité, comme imputables aux valeurs et représentations sociales qui les sous-tendent. Comme la pratique des seins nus sur la plage, qui semble libérée de toute contrainte et qui répond pourtant à certaines exigences de comportements (Kaufmann 1995), l'auto-médicalisation de la ménopause semble aussi obéir à de nombreuses déterminations sociales, même si elle apparaît de prime abord comme relevant uniquement du choix des femmes. Il s'agit de répondre à l'exigence du corps beau, jeune, performant et en santé, véhiculé dans les sociétés contemporaines. La non-conformité à ces normes en

vigueur aboutit généralement à une « micro-éthique de la honte », une honte intériorisée de ne pas être sain, énergique et productif, une honte de n'avoir pas fait tout ce qui était à son pouvoir pour l'être (Massé 2001) : une honte que plusieurs femmes voudraient éviter.

En définitive, l'auto-médicalisation de la ménopause relève autant d'un choix volontaire et conscient de la part des femmes que d'une détermination par des éléments extérieurs. Les études interactionnistes invitent, d'ailleurs, à ne pas trancher en faveur de l'une ou l'autre approche, mais de conjuguer les deux, les comportements individuels n'étant ni tout à fait déterminés ni tout à fait libres (Le Breton 2004).

En effet, l'interactionnisme valorise la capacité d'interprétation de l'individu « qui lui permet de tirer son épingle du jeu face aux normes et aux règles. Ces dernières sont dès lors des fils conducteurs et non plus des principes rigides de conditionnement des conduites » (Le Breton 2004 : 48). L'individu est, ici, perçu comme une entité malléable qui a la capacité de se modifier au fil de ses expériences et de ses pratiques. Il interagit avec les éléments sociaux et ne se contente pas de subir de plein fouet les structures sociales de son habitus ou la « force » de sa culture d'appartenance (Le Breton 2004). Dotées d'une capacité réflexive (Giddens 1994), les femmes sont libres de leurs décisions dans un contexte qui n'est pas sans les influencer. Elles peuvent donc être considérées comme des « sujets » au sens de Fainzang. Ce terme fait référence, selon l'auteur, « au caractère à la fois agi et agissant de l'individu, c'est-à-dire au rôle en partie choisi et en partie imposé que celui-ci est amené à jouer. L'individu est un *Sujet* comme l'est le *sujet du verbe*, c'est-à-dire auteur et parfois maître de ses actes, mais il est aussi sujet, comme l'est le *sujet du roi*, c'est-à-dire en partie assujetti ou inféodé à une force qui le dépasse, en l'occurrence aux déterminants sociaux, (...) à d'autres règles que les siennes propres (2006b : 168-169). Dès lors, l'adhésion à la médicalisation ou l'impulsion de la médicalisation de la ménopause par les femmes ne sont pas que des signes d'aliénation ou d'asservissement aux normes sociales en vigueur,

elles sont aussi le lieu de l'exercice d'une liberté engagée envers soi (qui invite à répondre aux besoins de son corps) et une expression de la maîtrise ou du contrôle de son destin biologique.

Puisqu'elle est orientée vers les « sujets », la socialisation n'est donc pas qu'un simple conditionnement imposé à des êtres passifs, pour les interactionnistes. Elle ne se réduit pas à un simple automatisme ni à une répétition ou une imitation : les individus peuvent adhérer ou au contraire résister aux normes qui leur sont transmises. Cette « capacité de résistance, mais aussi d'indifférence des individus aux modèles qui leur sont proposés ou imposés ne doit pas être niée » (Détrez 2002 : 211). Les réactions et les résistances que la médicalisation de la ménopause suscite tant auprès de certaines femmes que d'autres acteurs, sont révélatrices de cette aptitude de l'individu à se distancier de la norme.

## **V.2. DE LA RÉSISTANCE ET DU REFUS**

L'expérience de la ménopause est diverse et les discours sur cette étape de la vie ne produisent pas invariablement les mêmes effets, mais comportent une grande part de contingence. Les femmes ne réagissent donc pas de la même manière aux offres de l'industrie pharmaceutique ou des médecins. Si certaines sont séduites par les choix multiples de thérapie qui leur sont proposés, d'autres réfutent l'idée de traiter cette transition de la vie, comme nous l'avons constaté dans les chapitres précédents. La résistance au modèle biomédical de la ménopause n'est donc pas exclusivement issue des collectifs ou des mouvements féministes (en Occident surtout). Elle émane aussi de la part des femmes, de manière isolée et individuelle, qui ne se contentent pas d'exprimer une attitude d'adhésion mais qui insistent sur la description de la ménopause comme une étape naturelle, bien qu'elle puisse éventuellement s'accompagner de désagréments. Mais, les Camerounaises et les Suissesses n'expriment pas ce refus de la même manière.

En effet, chez les Camerounaises il s'agit surtout d'un refus de médicalisation : plusieurs d'entre elles récusent de traiter les troubles éprouvés et adoptent une attitude d'acceptation face aux transformations corporelles constatées. Certes, on peut l'expliquer par le manque d'accessibilité et par le coût élevé desdits traitements, entièrement à la charge des utilisatrices. Mais, les résultats de ce travail montrent aussi que de nombreuses femmes ne voudraient pas prendre de médicaments pour une transition de la vie qu'elles trouvent naturelle même si elle s'accompagne de désagréments. C'est, sans doute, pour cette raison que l'on peut observer que certaines Camerounaises appartenant à des couches sociales favorisées et disposant de ressources financières nécessaires à l'achat de ces traitements s'en abstiennent.

Chez les Suissesses, la résistance s'observe de plusieurs manières. D'abord, nous l'avons vu, les messages de prévention et de traitement des troubles de la ménopause ne sont pas toujours acceptés comme des vérités absolues mais sont souvent contestées par certaines femmes qui y opposent des affects plus positifs. Celles-ci réagissent en élaborant des discours critiques contre la normalisation des corps à la ménopause. Quelques-unes adoptent alors, comme les Camerounaises, une attitude d'acceptation et de négociation à l'égard du corps qui change et d'autres préfèrent recourir aux thérapies dites douces ou naturelles. D'une part, il s'agit donc aussi d'un refus de médicalisation qui permet de construire des manières de vivre la ménopause qui tiennent à distance certaines formes du pouvoir médical. Et d'autre part, il s'agit d'une résistance à l'égard du corps médical lui-même et de ses prescriptions, comprises comme une dénegation des besoins réels des femmes, comme un moyen de les opprimer et d'enrichir les compagnies pharmaceutiques (Fainzang 2001 ; Van der Geest et Reynolds Whyte 2003). En effet, bien souvent, ces femmes expriment une demande d'attention et d'écoute à laquelle elles n'obtiennent pas toujours de réponse :

On voit bien que c'est le profit qui les intéresse. Les pauvres femmes là-dedans, ils s'en foutent. Ce qui compte pour eux, c'est fabriquer pour écouler. Maintenant la ménopause est devenue comme le diabète, une maladie de

carence et une maladie chronique. Mais oh...là les pharmas font fort, si on veut faire consommer les gens, il faut les rendre mal à l'aise. S'ils étaient complètement heureux, bien dans leur peau, ils ne consommeraient pas. Ce qui m'énerve encore c'est de voir les médecins qui jouent le jeu des pharmas. Le discours où ils sont simplement les porte-parole des pharma, je trouve que c'est scandaleux. Mais, il y a aussi des médecins plus prudents. Ça dépend du médecin. (Helena, Suisse, 65 ans, cadre retraitée).

Le refus de traiter les troubles associés à la ménopause représente alors, pour Helena, comme pour d'autres, une volonté de susciter de nouvelles manières de prise en charge ménopausiques par le corps médical. Il conduit ainsi un certain nombre de femmes à se détourner des structures médicales ou à récuser le contrôle médical sur leur gestion de cette étape de la vie.

Des formes de résistance des femmes à la médicalisation de la ménopause sont identifiées. Leurs manifestations varient selon le contexte et ont des implications différentes. Au Cameroun, la résistance à la médicalisation n'implique pas forcément un changement dans la manière dont les thérapeutes prennent en charge la ménopause, mais elle contribue probablement à ce que la médicalisation de l'arrêt des règles s'étende peu sur l'espace public. En Suisse, elle induit une diminution du nombre de femmes qui se font traiter par l'hormonothérapie et encourage plusieurs femmes à s'orienter vers d'autres techniques thérapeutiques. Des statistiques, nationales ou même cantonales, relatives au recours aux traitements hormonaux ou à d'autres formes de thérapies n'étant pas disponibles, il me semble difficile d'illustrer ces propos. Néanmoins, on peut relever que parmi les Suissesses rencontrées dans le cadre de cette recherche, seulement un quart d'entre elles (5) usent du THS au moment de l'enquête, cinq autres l'ont interrompu et plus de la moitié ont (eu) recours à d'autres thérapeutiques ou s'abstiennent de tout traitement.

Ces attitudes de refus peuvent-elles permettre d'envisager une démedicalisation de la ménopause ? Au vu des résultats de ce travail, cela ne semble pas être le cas, puisque les questions de santé occupent une place importante dans l'appréhension

de la ménopause par les femmes interviewées et que l'arrêt des règles reste définie, par elles, selon les paramètres médicaux.

En effet, si certaines Camerounaises et Suissesses rencontrées opposent des affects positifs et s'abstiennent de traitements, il n'en demeure pas moins qu'elles décrivent le plus souvent un vécu de la ménopause centré sur les troubles éprouvés. Or, le fait pour elles de rapporter des changements et d'attribuer les désagréments ressentis à l'arrêt des règles – que ceux-ci soient traités ou non – contribue à réaffirmer la définition de la ménopause comme maladie carencielle, véhiculée par le discours biomédical dominant. Le fait pour certaines Suissesses de s'orienter vers d'autres médecines n'induit pas non plus une démedicalisation du moment où elles considèrent qu'elles ont besoin de soins à ce moment de leur vie. On peut même y voir une valeur performative importante, car parler de troubles et recourir à quelque thérapie que ce soit revient à légitimer et à renforcer l'idée d'une baisse hormonale soutenue par le modèle biomédical.

## Conclusion

On retiendra de ce chapitre que les pratiques de gestion de la ménopause par les femmes sont aussi plurielles que ses représentations, vécus et attitudes. Il n'en ressort pas d'itinéraires thérapeutiques univoques. Certaines choisissent de recourir aux traitements pour faire face aux changements constatés alors que d'autres s'en abstiennent, préférant laisser la nature suivre son cours. Mais au-delà de l'attitude d'acceptation face aux changements qu'expriment certaines femmes, de nombreuses stratégies sont mises en place pour gérer cette phase de la vie : l'alimentation, l'exercice physique et les cosmétiques sont autant de pratiques visant à entretenir le corps ménopausé. Chez la plupart des femmes, elles sont antérieures à la ménopause et s'inscrivent dans la continuité, mais elles semblent aussi prendre de l'ampleur chez certaines femmes dès l'arrêt des règles. Ces pratiques apparaissent moins présentes chez les Camerounaises, mais, lorsqu'elles le sont, elles ont le même objectif esthétique et sanitaire que chez les Suissesses.

Pour de nombreuses raisons (coûts et contraintes liés aux traitements, définition de la ménopause comme événement naturel, refus de la médicaliser...), les Camerounaises sont moins enclines à recourir aux traitements que les Suissesses. Mais, lorsqu'elles usent de traitements, les femmes interviewées ont uniquement recours à la biomédecine, reflet du scepticisme dont sont victimes les approches non-conventionnelles auprès d'une large part de la population urbaine. Le pluralisme thérapeutique dans le cadre des pratiques de gestion de la ménopause s'observe donc principalement chez les Suissesses, qui peuvent user soit de traitements allopathiques ou d'approches thérapeutiques dites douces ou naturelles. D'une part, ce pluralisme thérapeutique témoigne de l'incertitude des femmes face aux savoirs médicaux mouvants et d'autre part, il favorise un bricolage de savoirs profanes et accroît l'autonomie des femmes qui peuvent donc choisir parmi une multitude d'options possibles.

L'hormonothérapie de remplacement apparaît pour la plupart des informatrices, y compris pour celles qui s'en abstiennent, comme le traitement le plus efficace contre les symptômes de la ménopause, car elle contribue à améliorer de façon significative la qualité de vie de celles qui l'utilisent. En effet, pour plusieurs interlocutrices, en plus de soulager les symptômes associés à la ménopause, elle permet de maintenir une sexualité épanouie, de restaurer la performance pour les activités quotidiennes et professionnelles, de retarder le vieillissement et fournit aux femmes une possibilité de reprendre en main leur destin biologique. Toutefois, seule une minorité de femmes interviewées y a recours.

En effet, même si elle est réputée pour ses nombreux bénéfices, l'hormonothérapie substitutive est aussi redoutée par plusieurs femmes, notamment des Suissesses, à cause des risques de pathologies graves qui lui sont associés. Elles lui préfèrent alors les traitements dits naturels ou moins nocifs. Ainsi, en dépit de la place primordiale occupée par la biomédecine quant à la prise en charge de la ménopause en Suisse, on observe une certaine autonomie des femmes face au savoir-pouvoir biomédical qui se manifeste par le bricolage de leur parcours thérapeutique et par la diversité des modes de médication utilisés. Le pluralisme thérapeutique donne ainsi la possibilité aux femmes de participer de manière plus active à leur prise en charge par les professionnels de la santé.

Plusieurs variables semblent influencer les choix thérapeutiques des femmes lorsqu'elles parviennent à la ménopause. J'ai pu mettre en exergue le contexte socioculturel et économique dans lequel se trouvent les femmes, les représentations et l'expérience de l'arrêt des règles, les représentations des traitements de la ménopause et des médicaments en général et les caractéristiques sociodémographiques. Mais, ces déterminations ne doivent pas être considérées comme des consécutions, car elles ont une part de contingence qui m'amène à évoquer, comme pour les représentations et les vécus ménopausiques, les capacités réflexives des individus. C'est parce que les individus sont réflexifs, actifs

et agissants qu'ils n'adoptent pas les mêmes comportements face à une situation donnée, même s'ils sont issus d'un même contexte socioculturel.

Les pratiques de gestion face aux changements qui peuvent accompagner l'arrêt des règles m'amène à conclure à la non passivité des femmes dans le processus actuel de la médicalisation de la ménopause. D'une part, elles y adhèrent, non seulement en rapportant des troubles qui confortent le modèle biomédical de la définition de la ménopause comme maladie carencielle, mais aussi en sollicitant, auprès des professionnels, des traitements pour les troubles ressentis ou en ayant recours à l'automédication pour les soulager. D'autre part, une partie des femmes y résiste en rapportant des affects positifs et en refusant de recourir à la médication, quand bien même elles éprouvent des désagréments. Dans un cas comme dans l'autre, les femmes semblent manifester un fort *empowerment*.



## **CONCLUSION GÉNÉRALE**



**I REPRÉSENTATIONS ET VÉCUS MÉNOPAUSIQUES CHEZ LES SUISSESSES ET LES CAMEROUNAISES :  
NÉCESSITÉ D'UN DÉPASSEMENT DES DICHOTOMIES BINAIRES**

Alors que les deux villes (Lausanne et Yaoundé) et les deux pays (La Suisse et le Cameroun) sont extrêmement différents, que les ressources économiques et la situation sociale des femmes varient considérablement, que la ménopause occupe un statut distinct dans chacun des contextes, les différences entre les femmes de ces deux contextes sont malgré tout faibles, et les tendances communes l'emportent nettement. Autrement dit, avec une certaine surprise, j'ai retrouvé plusieurs logiques transversales relatives aux représentations, vécus et attitudes à l'égard de la ménopause chez les Suissesses et les Camerounaises interviewées. La médicalisation de la ménopause fortement diffuse en Suisse et faiblement diffuse au Cameroun ne permet pas de lire des contrastes auxquels on aurait pu s'attendre concernant ces dimensions de l'expérience ménopausique.

Pour argumenter mon constat, je me propose, dans cette première section, de présenter les tendances communes et variantes dégagées par l'enquête en fonction de ces trois aspects : les représentations, le vécu subjectif et les attitudes à l'égard de l'arrêt des règles.

L'analyse du matériau de recherche a permis de révéler que les Suissesses et Camerounaises sollicitées dans le cadre de ce travail structurent les représentations de la ménopause autour des aspects physiologiques et sociaux semblables.

Parmi les phénomènes physiologiques à l'œuvre, l'arrêt des règles et de la fertilité constitue un élément primordial dans le discours de la majorité des Camerounaises et des Suissesses et apparaît sous un angle positif. L'accent est aussi mis sur l'arrêt de la fonction ovarienne. Celui-ci est uniquement caractéristique du discours des Suissesses, beaucoup plus informées que les Camerounaises sur les aspects « scientifiques » de la ménopause. Témoignant d'une adhésion complète ou partielle au modèle biomédical, ces femmes invoquent les variations hormonales de

la pré-ménopause et la privation de l'organisme en hormones dès la post-ménopause pour expliquer les transformations constatées.

Les aspects sociaux, quant à eux, s'articulent principalement autour de la perte de la jeunesse et de la féminité. L'attitude des femmes face à ces deux éléments apparaît de manière variable. Mais, que ce soit à Yaoundé ou à Lausanne, seule une minorité des femmes se reconnaît dans l'association de la ménopause à la perte de la féminité et à la fin de la jeunesse. Consciente d'une féminité qui s'exprime en dehors des règles et de la maternité, de nombreuses Camerounaises et Suissesses mettent l'accent sur les autres atouts qui restent présents, une fois la fonction de procréation interrompue ou achevée : les aspects physiques et morphologiques, l'attitude. Par ailleurs, plusieurs de ces femmes sont engagées dans des activités professionnelles ou extra-professionnelles qui concourent à la construction identitaire et à l'éclosion d'un statut social construit en dehors de la fonction de procréation. Étant donné que la plupart de ces engagements sociaux et/ou professionnels est maintenue après l'arrêt des règles, de nombreuses Suissesses et Camerounaises affirment ne pas éprouver une perte d'utilité sociale. Elles prennent alors de la distance vis-à-vis des discours populaires ou médicaux ambiants.

Si les femmes sollicitées dans la présente étude intègrent certaines des catégories du savoir médical dans leur vision de la ménopause, il serait faux de conclure qu'il existe une subordination étroite et univoque des représentations des femmes au discours biomédical et à sa pratique. En effet, elles n'adhèrent pas de manière unilatérale à l'approche de la ménopause mise en avant par la biomédecine. Les représentations semblent osciller entre une intégration partielle et un rejet explicite des stéréotypes associés à la ménopause qui s'appuient sur l'expérience directe ou indirecte. Toutefois, en Suisse, on relève que, du fait de la médicalisation diffuse, (par de nombreuses sources d'information) du phénomène ménopausique, les femmes sont largement socialisées aux symptômes de la ménopause. En revanche, en l'absence, au Cameroun, d'une forte médiatisation des troubles associés à l'arrêt des règles, les Camerounaises s'appuient principalement sur une observation

empirique et, très souvent, ne lient les troubles ressentis à la ménopause qu'une fois celle-ci survenue. Malgré cette différence, Camerounaises et Suissesses rapportent un vécu ménopausique qui met considérablement l'accent sur les conséquences attribuées à l'arrêt des règles, sur les modifications éprouvées ou non sur le plan physique et psychologique ainsi que sur la sexualité.

En rapport à la santé et la maladie, la ménopause est apparue tout au long de ce travail comme un phénomène intermédiaire qui invite à penser ces deux états de manière indissociable, autant comme multiplicité que comme unité, tel que le suggère Herzlich (2005). En effet, dans le phénomène de l'arrêt des règles, santé et maladie s'éprouvent de manière combinée, car si pour toutes les femmes, la ménopause est clairement distincte de la maladie, elle apparaît néanmoins, pour la plupart, comme un événement qui crée une rupture dans la trajectoire de la santé à travers les troubles qui l'accompagnent.

Les troubles rapportés sont variables d'une femme à l'autre, mais plusieurs peuvent être considérés comme transversaux. Parmi les troubles physiques, les bouffées de chaleur apparaissent de manière récurrente chez la quasi-totalité des Suissesses et Camerounaises interviewées. Elles sont difficilement mesurables, variables en termes de fréquence et d'intensité, mais sont décrites comme étant supportables chez la majorité des femmes des deux contextes. Les femmes s'inspirent généralement du modèle endogène de la maladie pour les expliquer, mais les Suissesses sont aussi nombreuses à évoquer les aspects exogènes, tels que le stress, dans l'apparition des bouffées de chaleur. Les douleurs articulaires sont également signalées par une minorité des femmes des deux contextes, mais davantage par les Camerounaises. L'ostéoporose, quant à elle, est davantage soulignée par les Suissesses alors qu'elle reste peu connue des Camerounaises. Celles-ci, en revanche, rapportent d'autres troubles tels que les céphalées, les douleurs dorsales ou les rhumatismes qu'elles attribuent tout autant à l'arrêt des règles. Le manque d'informations, qui caractérise les Camerounaises, pourrait avoir comme effet un

surenchérissement des symptômes liés à la ménopause, alors que ceux-ci peuvent avoir d'autres causes sous-jacentes.

Toujours sur le plan physique, une prise de poids, imputable à l'arrêt des règles, est aussi soulignée par la majorité des femmes des deux contextes. Elle est appréciée de manière variable, mais apparaît préoccupante pour plusieurs Camerounaises et Suissesses autant pour l'aspect esthétique que pour la santé.

Sur le plan émotionnel, contrairement aux préjugés, peu de Suissesses et de Camerounaises font l'expérience de troubles psychiques trop souvent attribués à l'arrêt des règles. Celles qui les rapportent évoquent principalement l'irritabilité ou les fluctuations d'humeur. Mais, ces troubles de caractère ne sont pas toujours liés à la ménopause selon les interlocutrices. Ils apparaissent aussi comme consécutifs aux changements auxquels les femmes sont confrontées à ce moment-là. La dépression reste absente du discours des Camerounaises et n'apparaît que de manière minime dans celui des Suissesses, témoignant une fois de plus de la distanciation de ces femmes à l'égard du modèle biomédical dominant de la ménopause.

Enfin, la description du vécu de la ménopause s'articule aussi autour de ses répercussions sur la sexualité. Que ce soit au Cameroun ou en Suisse, la quasi-totalité des femmes réfutent l'idée que la ménopause sonne le glas de la sexualité même si elle l'affecte souvent. Un petit nombre de Suissesses et de Camerounaises décrit une sexualité qui n'a pas connu de changement. Près de la moitié des femmes des deux contextes rapportent des modifications allant dans le sens de la diminution de la fréquence et de la qualité des rapports sexuels. Celles-ci sont, certes, souvent attribuées à la sécheresse vaginale et à la baisse de la libido, que les femmes associent à l'arrêt des règles, mais elles semblent aussi imputables à d'autres facteurs, comme les défaillances physiologiques de l'un ou des deux partenaires, l'usure ou les difficultés au sein du couple. Pour d'autres femmes, les changements exprimés peuvent aussi aller dans le sens d'une amélioration de la

qualité des rapports. Bien qu'elles soient peu nombreuses, certaines Suissesses et Camerounaises décrivent une sexualité plus épanouie, plus fréquente et plus satisfaisante depuis l'arrêt des règles. Enfin, de nombreuses Camerounaises décrivent une sexualité marquée par la contrainte, mais celle-ci n'est pas particulière à la période post-ménopausique, car il s'agit, le plus souvent, des situations déjà présentes avant l'arrêt des règles.

En combinant les représentations et l'expérience, j'ai pu mettre en évidence quatre attitudes différentes face à la ménopause chez les femmes rencontrées, qui vont du positif au négatif en passant par l'ambivalence et l'indifférence. Le matériel ethnographique révèle que seule une minorité de Suissesses et de Camerounaises décrit une attitude négative à l'égard de l'arrêt des règles, une grande majorité de ces femmes envisageant cette évolution de manière positive. L'arrêt des règles est vu sous un angle de soulagement et de libération même s'il peut s'accompagner de quelques désagréments. Certaines femmes trouvent même un équilibre satisfaisant dans cette phase de la vie. Ces résultats concordent avec ceux de Lock (1993, 2006), Delanoë (1998b, 2006) et de Thoër-Fabre (2005) et affichent une nouvelle image de l'arrêt des règles, de plus en plus dédramatisée et destigmatisée.

Les représentations, vécus et attitudes à l'égard de la ménopause sont la résultante de multiples facteurs, mêlant les aspects sociaux et culturels aux aspects physiologiques. Et, je crois avoir pris conscience, tout au long de ce travail, de la difficulté à en définir les facteurs déterminants. L'environnement socioculturel, familial et conjugal, le statut professionnel, la prévalence des troubles éprouvés et le statut ménopausique ont, tour à tour, été soulignés comme autant de facteurs susceptibles d'influer sur le vécu et l'attitude vis-à-vis de l'arrêt des règles. Cependant, ils ne les déterminent pas entièrement, car pour chaque femme, ils interviennent de manière différente. Il ne s'agit pas d'occulter chez les femmes interviewées, parmi les facteurs qui construisent leurs représentations et leur vécu, la dimension socioculturelle, mais de relever leurs capacités de réflexivité et de souligner, dans une perspective interactionniste, que l'on ne saurait appliquer

indistinctement à tous les sujets d'un même groupe social, les mêmes modèles de vécu. Il ne s'agit pas non plus de plonger dans le relativisme absolu, mais d'éviter les pièges de la comparaison interculturelle que sont l'universalisation ou la généralisation (Schultheis 2005) en montrant que les vécus de la ménopause sont bien complexes. Dès lors, ceux-ci se prêtent mal à une interprétation en termes de détermination sociale à partir de quelques variables, non parce qu'ils échappent aux déterminismes sociaux, mais parce que ces variables ne sauraient rendre entièrement compte de la diversité des parcours des femmes sans aboutir à une atomisation extrême des expériences ménopausiques.

Les représentations et vécus ménopausiques des Suissesses et Camerounaises interviewées révèlent ainsi le lien entre transversalité et spécificité, entre global et local en mettant en lumière un fond de contestation du déterminisme biologique qui définit la ménopause comme un phénomène invariable en considérant les symptômes ménopausiques comme immuables chez toutes les femmes. Mais, elles invitent aussi à prendre de la distance vis-à-vis du déterminisme culturel qui conduit à expliquer le vécu ménopausique en tenant compte exclusivement du contexte culturel des femmes. Marcha Flint a ouvert, en 1975, le débat sur le caractère culturel des symptômes de la ménopause. Après avoir étudié les femmes indiennes de la caste des Rajputs, elle constate qu'elles ont peu de symptômes de la ménopause et explique cette absence par leur accès à une meilleure situation sociale et à de nombreux privilèges sociaux, comme le droit de parler, de marcher et de boire avec les hommes. Dans cette logique, la présence de symptômes chez les femmes occidentales fut alors considérée comme imputable à l'absence de valorisation de la femme à cette période de sa vie. Au fil des études socio-anthropologiques, ce point de vue a souvent été adopté ou critiqué par différents auteurs tel que le montre la revue de littérature. Pour ma part, je pense, avec Margaret Lock (1993, 2006), que la ménopause n'est pas un phénomène biologique invariable modifié uniquement par la culture. Pour chaque femme, l'expérience

subjective est construite par la coproduction de la biologie et de la culture, toutes deux contingentes.

## **II. PRENDRE EN CHARGE LA MÉNOPAUSE : POSTURES ET ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES VARIÉS**

Le discours des praticiens sur l'arrêt des règles met largement l'accent sur les conséquences qu'entraîne la variation hormonale sur la santé physique et psychologique des femmes. La plupart d'entre eux décrivent ce processus en mettant davantage l'accent sur ses aspects négatifs. Mais, si la rhétorique du risque reste prégnante (risque de développer des pathologies plus ou moins graves), il n'en est pas de même de la rhétorique de la fin de la féminité et de la jeunesse qui connaît une certaine évolution. Selon les praticiens interviewés, camerounais ou suisses, la ménopause est de moins en moins corrélée à la perte du capital symbolique qui lui est souvent associée. Par ailleurs, s'ils restent centrés sur la carence hormonale, les discours de ces gynécologues s'éloignent quelque peu de celui de la littérature médicale qui décrit la ménopause comme un phénomène invariable, produisant les mêmes effets pour toutes les femmes. Au contraire, ces praticiens ont plutôt tendance à décrire des femmes uniques, avec des troubles variables autant dans leur nature, dans leur intensité que dans leur fréquence. Il s'avère donc important de distinguer, dans l'étude de la ménopause, la littérature médicale de la pratique médicale, comme l'avaient déjà souligné Kaufert et Gilbert (1986).

La prise en charge de la ménopause par les gynécologues se fait aussi de manière variée. L'hormonothérapie substitutive est présentée par tous ces praticiens, quel que soit le contexte, comme étant le traitement le plus efficace tant il permet de restaurer la qualité de la vie des femmes. Toutefois, elle n'est pas prescrite de manière systématique même si elle reste largement employée par les gynécologues camerounais. En Suisse, en l'absence d'une demande émanant de la part des femmes, les traitements phytothérapeutiques sont privilégiés par la majorité des

praticiens, à la place du THS, étant donné les controverses qui l'entourent. Celui-ci reste surtout prescrit en cas de symptômes invalidants ou décrits par les femmes comme étant non supportables. Les gynécologues camerounais, par contre, n'emploient les médicaments phytothérapeutiques que de manière exceptionnelle, en cas de contre-indication au THS. Ils restent largement favorables à l'utilisation du THS, même si certains affirment être attentifs aux risques qui y sont associés. Que ce soit à Yaoundé ou à Lausanne, les médecins interviewés se positionnent de manière différente face aux effets secondaires attribués à l'hormonothérapie substitutive, ceux-ci apparaissant réels et supérieurs aux bénéfiques pour certains ou, à l'inverse, hypothétiques et inférieurs aux bénéfiques pour d'autres. Toutefois, du fait de la grande médiatisation des controverses qui entourent le THS en Suisse et de la plus grande accessibilité aux nouvelles études, les gynécologues suisses semblent plus sensibles aux effets nocifs du traitement que les gynécologues Camerounais.

Même si elle occupe une place importante dans la gestion de la ménopause, la biomédecine n'est plus la seule à pouvoir répondre aux attentes des femmes. Les médecines alternatives, en plein essor en Occident, s'invitent aussi dans la prise en charge des troubles associés à la ménopause. Mais la définition que les naturopathes et « faiseurs de remèdes » interviewés ont de la ménopause ne s'éloigne que très peu de celle des gynécologues, témoin de l'infiltration du référentiel médical dans le tissu social. Bien que définie comme l'arrêt des règles, la ménopause s'accompagne aussi, pour ces professionnels, de nombreux troubles, qu'il faut résorber. À ce niveau, même si leurs stratégies diffèrent, les actions des gynécologues, naturopathes et « faiseurs de remèdes » convergent vers un même but : soulager les désagréments rapportés par les femmes à ce moment de leur vie. Naturopathes et « faiseurs de remèdes » ont en commun de ne pas recourir à l'allopathie pour soulager les troubles rapportés par les femmes, mais ils se distinguent par les modèles de prise en charge qu'ils mettent en place. La prise en charge ménopausique par les « faiseurs de remèdes » est principalement

médicamenteuse, bien qu'il s'agisse du recours à la pharmacopée (plantes, écorces d'arbre...). Les naturopathes quant à eux ont une approche multidimensionnelle qui tient compte de l'histoire personnelle de la femme. Ils ont aussi recours à une kyrielle de méthodes, allant de l'abstention thérapeutique à la diététique et à l'acupuncture en passant par la phytothérapie et l'homéopathie. La plupart de ces méthodes sont souvent utilisées de manière simultanée ou successive.

Dans nombre de sociétés déjà étudiées par les anthropologues, la ménopause n'est pas ritualisée. C'est donc à chaque femme, en fonction de son histoire, de ses ressources, de prendre en charge ce phénomène.

Face aux troubles de la ménopause, les femmes apportent une diversité de réponses qui révèle, en partie, la signification qui leur est accordée. Certaines choisissent de laisser la nature suivre son cours tandis que d'autres optent pour des traitements pouvant remédier aux désagréments éprouvés. À ce niveau Camerounaises et Suissesses interviewées se distinguent principalement de deux manières. Premièrement, pour plusieurs raisons (refus de médicaliser la ménopause, coûts et contraintes liés aux traitements...), les Camerounaises sont plus nombreuses que les Suissesses à opter pour l'abstinence thérapeutique. Deuxièmement, lorsqu'elles choisissent de traiter les troubles attribués à la ménopause, les Camerounaises s'orientent essentiellement vers l'allopathie, les « médecines traditionnelles » étant empreintes de scepticisme en milieux urbains camerounais chez une frange de la population. Toutefois, il existe des similitudes entre les Camerounaises et les Suissesses qui font usage du THS. Pour les unes comme pour les autres, la ménopause est décrite sous un angle négatif. Elles attribuent des fonctions positives aux médicaments en général et au THS en particulier. Celui-ci est apprécié pour son efficacité et pour les bénéfices éprouvés autant sur les troubles physiques, émotionnels ou sexuels que sur les aspects symboliques tels que le recul du vieillissement voire même la préservation de la féminité, ce dernier argument n'étant néanmoins souligné que par deux femmes. De ce fait, comparés aux bénéfices éprouvés, les risques associés aux THS sont

minimisés par la plupart de ces femmes. En revanche, pour celles qui n'en font pas usage, les effets secondaires éprouvés ou supposés du THS justifient une méfiance à l'égard de ce traitement, particulièrement chez les Suissesses, la plupart des Camerounaises ignorant les risques de l'hormonothérapie, peu médiatisés au Cameroun.

L'émergence et la valorisation d'autres thérapeutiques en Suisse favorise alors l'orientation vers les thérapies alternatives chez de nombreuses Suissesses qui utilisent les médicaments phytothérapeutiques, l'homéopathie, la phytothérapie, l'acupuncture et les phytohormones, de manière simultanée ou successive. Dans l'ensemble, les itinéraires thérapeutiques de ces femmes ne sont ni linéaires ni univoques. Ils sont souvent segmentés par des arrêts ou des interruptions des traitements, des passages d'une méthode à une autre, des périodes d'abstention thérapeutique aux traitements et vice-versa.

De nombreux facteurs semblent influencer sur les pratiques de gestion de la ménopause adoptées par les femmes à savoir, le contexte institutionnel, économique et socioculturel, les représentations de la ménopause, de ses traitements et des médicaments en général, les variables sociodémographiques. Comme pour les représentations et vécus ménopausiques, ces déterminations restent ouvertes et complexes, car elles agissent pour chaque femme de manière singulière et particulière.

Ainsi, en combinant les représentations, vécus et pratiques de gestion mises en place par les femmes, on retrouve clairement les trois logiques de l'action qui définissent l'expérience au sens de Dubet (1994, 2007) en l'occurrence l'intégration, la stratégie et la subjectivation. Ces trois logiques semblent effectivement structurer les expériences ménopausiques. De l'intégration, on retient l'emprise du contexte social, économique et culturel dans lequel vivent ces femmes, qui peut être plus ou moins dense, exerçant une socialisation plus ou moins explicite. De la stratégie, on retient la possibilité, pour les femmes, de se conduire en stratèges

visant certains objectifs, d'adopter des pratiques de gestion qui leur conviennent, mais bien-sûr, dans un environnement qui n'est pas sans les déterminer. Enfin, de la subjectivation, on retient les capacités réflexives des femmes, leur aptitude à porter un regard critique et à se former comme sujets. Les expériences ménopausiques résultant de la manière dont chaque femme articule ces logiques d'action, il devient alors difficile d'établir des typologies ou de construire des sous-ensembles pertinents pour des femmes qui arrivent à la ménopause avec des parcours biographiques et sociaux fort différents.

### III. MÉNopause ET PROCESSUS DE MÉDICALISATION

Au terme de ce travail, la médicalisation de la ménopause apparaît comme un processus dynamique impliquant plusieurs acteurs. Ceux-ci ont des intérêts divergents, mais ils participent, d'une manière ou d'une autre, à la construction de la ménopause comme maladie d'insuffisance endocrinienne. Si la profession médicale a été considérée, dès le départ, comme son principal moteur, aujourd'hui, les médecins sont certes encore les acteurs, mais « ils sont aussi et peut-être surtout, les serviteurs d'aspirations qu'ils ne suscitent ni ne contrôlent complètement et toujours » (Faure 1998 : 66). En effet, l'action des laboratoires scientifiques et de l'industrie pharmaceutique soutenue par les institutions de santé publique (en Suisse) est aujourd'hui prépondérante dans la médicalisation de l'arrêt des règles. D'un autre côté, j'ai aussi montré dans cette recherche que la pathologisation de la ménopause ne se fait pas à l'insu des femmes, mais s'accomplit et se maintient grâce à leur demande, quoi que toutes ne l'expriment pas. Il s'agit donc d'un processus favorisé par l'imbrication des facteurs d'offre et de demande.

L'importance de l'offre dans la médicalisation de la ménopause est indéniable, la surproduction entraînant la surconsommation. À la suite des grandes campagnes de promotion des traitements, hormonaux ou non, l'expérience de la ménopause s'est

largement transformée, car ceux-ci rendent possible l'intervention sur l'état physiologique et psychologique de la femme à ce moment de sa vie. Les progrès pharmaceutiques, la disponibilité des services et la diversité des traitements ont incontestablement stimulé leur consommation de la part des femmes et leur ont permis d'utiliser, de manière variée, les différentes thérapies qui leur sont proposées.

Du côté de la demande, les femmes participent à la médicalisation de la ménopause de plusieurs manières : en rapportant des expériences ménopausiques négatives qui renforcent la conception biomédicale de la ménopause-maladie ; en approuvant ou en adhérant aux solutions ou aux traitements que leur proposent les professionnels de la santé ; en réclamant ou en demandant que les signes ou désagréments ressentis soient traités. Cette demande de soins que traduisent certaines femmes nourrit incontestablement l'accroissement de l'offre. En effet, face aux nouveaux modèles de prise en charge qui voient le jour, les attentes des femmes se modifient, se transforment, prennent de plus en plus d'importance et deviennent elles aussi une nouvelle exigence. La raison principale de cette auto-médicalisation réside chez de nombreuses femmes dans la volonté de soulager les maux attribués à l'arrêt des règles et de jouir d'une meilleure qualité de vie. Elle peut provenir de l'opiniâtreté de certaines femmes à exprimer leur libération du joug du déterminisme biologique et de la volonté de se réapproprier leur corps ; mais elle obéit aussi à de nombreuses déterminations sociales, aux normes d'excellences corporelles en vigueur dans les sociétés contemporaines comme celles des corps devant rester jeunes, minces et sains.

Le processus de médicalisation de la ménopause se déploie de manière différente en Suisse et au Cameroun. En Suisse il s'agit d'un phénomène diffus dans la société qui passe par la vulgarisation du savoir médical autant dans les milieux médicaux que profanes, par une forte médiatisation et par une implication accrue des institutions de santé publique. En revanche, au Cameroun le degré de diffusion n'est pas aussi important. La médicalisation de l'arrêt des règles se réalise au cours

des échanges avec les proches et entre pairs (par un partage d'expériences qui mettent l'accent sur les troubles éprouvés), mais surtout au sein des interactions entre les femmes et le monde médical (lorsque le médecin confirme le diagnostic de la ménopause en tant que déficience hormonale et transmet son savoir médical à la patiente). Si elle passe par des canaux différents dans les deux contextes, la médicalisation de la ménopause demeure néanmoins partielle que ce soit en Suisse ou au Cameroun, car comme le souligne Conrad (1992, 2007), la médicalisation d'un phénomène n'est complète qu'une fois entièrement réalisée aux trois niveaux conceptuel, institutionnel et interactionnel. En Suisse, elle reste prégnante aux niveaux conceptuel et institutionnel dans le sens où la ménopause est toujours définie en termes médicaux comme résultant d'une insuffisance endocrinienne et qu'il existe une Société Suisse de Ménopause, chargée de réglementer les modalités de prise en charge des effets qui lui sont attribués. Mais au niveau interactionnel, elle connaît toujours des résistances : plusieurs professionnels de la santé et de nombreuses femmes se refusent à traiter les désagréments ressentis à l'arrêt des règles en termes de maladie. Au Cameroun, au niveau conceptuel, la ménopause est définie par la plupart des professionnels de la santé en termes de baisse et de carence hormonales, mais cette définition, plutôt médicale, reste absente des discours profanes. Toutefois, si les Camerounaises s'expriment peu en termes médicaux, elles rapportent cependant des troubles, à cette période, qui s'inscrivent dans la conception biomédicale de la ménopause. Au niveau institutionnel, il n'existe pas d'organisme ou d'institution chargée particulièrement de sa prise en charge. Enfin, au niveau interactionnel, elle est aussi moins présente qu'en Suisse, car si les médecins semblent plus enclins à vouloir traiter les troubles rapportés par les femmes, ces dernières, quant à elles, sont plus nombreuses à réfuter l'idée de traiter l'arrêt des règles, quand bien même elles lui attribuent certains désagréments.

Deux facteurs importants semblent contribuer à ce que la médicalisation de la ménopause reste partielle.

Premièrement, il s'agit des résistances que j'ai déjà soulignées de la part d'un certain nombre de femmes, de thérapeutes des médecines alternatives, mais aussi de médecins dont les discours et les pratiques invitent à considérer l'arrêt des règles comme une étape naturelle de la vie d'une femme. Toutefois, malgré la résistance et la non-conformité aux prescriptions et proscriptions du système biomédical, ces acteurs se trouvent être des relais involontaires de la médicalisation de la ménopause, dans la mesure où elle reste peu modifiée au niveau conceptuel. En effet, la définition de la ménopause comme déficience hormonale n'est que peu bousculée par l'attaque de la thérapie hormonale. Même face à un public sceptique ou à des professionnels qui résistent à traiter les troubles rapportés par les femmes, l'idée que la ménopause entraîne une baisse de la production hormonale et s'accompagne d'un certain nombre de troubles est maintenant répandue non seulement au sein des milieux médicaux, mais aussi profanes. Aussi, abondant dans le sens de Conrad (2007), il me semble cohérent d'affirmer que la diminution du recours aux traitements de la ménopause affecte, certes, le degré de médicalisation de la ménopause, mais n'implique pas forcément sa démedicalisation. Pour être effective, la démedicalisation de la ménopause devrait aller au-delà d'une résistance à la médicalisation et aboutir à une déconstruction de la définition ou du concept même de ménopause, tel que défini par la biomédecine. Présentement, si les femmes résistent, en partie, à la pathologisation de l'arrêt des règles en adoptant des modes de prise en charge diversifiés et éloignés de la pratique médicale, elles ne trouvent que sporadiquement des modes de socialisation alternatifs. La médicalisation de la ménopause se construit alors sur un siège laissé vacant par la société et occupé désormais par la biomédecine, de sorte que sa démedicalisation ne surviendra qu'une fois que la société aura de nouveau conquis cette place, en offrant aux femmes des modèles de définition et de gestion de la ménopause qui se distancient réellement de ceux proposés par le modèle biomédical.

Deuxièmement, la médicalisation de la ménopause est toujours partielle parce que la biomédecine et les médecines sont loin d'épuiser le souci du corps devenu omniprésent et obsédant, comme en attestent les multiples soins qui lui sont portés par les Suissesses et les Camerounaises interviewées. Si elles incluent, éventuellement, les traitements hormonaux ou non, dans la gestion de la ménopause, les femmes ont aussi recours à d'autres pratiques d'entretien du corps. Celui-ci n'est pas seulement médicamenté, il est aussi maintenu en forme, en beauté et en santé par des crèmes, des régimes, des exercices physiques et bien d'autres préceptes que ceux édictés par la biomédecine ou les médecines alternatives. On peut alors penser que la médicalisation est loin de rendre compte de la totalité des changements qui entraînent les sociétés contemporaines à donner au corps et à la santé une importance toujours plus grande. En témoignent fortement les expériences de la ménopause rapportées par les Camerounaises qui, même si elles utilisent rarement un langage médical, décrivent, tout autant que les Suissesses, des expériences centrées sur les préoccupations en matière de santé et de bien-être du corps. Cette remarque me conduit à abonder dans le sens d'Olivier Faure qui affirme que « la médicalisation ne peut plus être considérée comme le moteur, mais plutôt comme une manifestation parmi d'autres de ce vaste mouvement qui porte sans cesse le corps au centre des préoccupations individuelles et collectives » (Faure 1998 : 64). Je pense donc que la médicalisation de la ménopause s'inscrit, aujourd'hui, dans une tendance forte de santéisme, de *healthism* (Massé 2001) qui, loin de toucher uniquement le corps féminin, a trait au corps en général. Quelle place alors pour l'anthropologie ?

L'anthropologie peut jouer un rôle à plus d'un titre : i) en s'intéressant à la pluralité des visions, qu'il s'agisse de celles des femmes elles-mêmes ou des professionnels de la santé, elle permet de rendre compte de la complexité du phénomène ménopausique qui inviterait à parler des ménopauses (du fait de la diversité des expériences ménopausiques) et non de la ménopause. ii) en valorisant les expériences subjectives, elle apporte un regard différent qui, d'une part fournit aux

femmes des éléments pour faire leur propre lecture de cette phase de la vie et d'autre part, attire l'attention des professionnels de la santé sur l'importance de tenir compte du contexte de la femme dans la prise en charge de la ménopause. iii) en produisant un discours critique, elle peut soutenir les formes alternatives de définition et de prise en charge de la ménopause. Mais, elle est confrontée à la difficulté de se distancier de l'approche biomédicale dominante, embrassée par de nombreux acteurs, car comment arriverait-elle à contrer la médicalisation de la ménopause lorsqu'on sait qu'il s'agit d'une perspective qui, malgré ses débordements, a pour but de soulager les femmes et de leur apporter le bien-être et le confort qu'elles désirent ?

#### **IV. LIMITES DE L'ÉTUDE ET PISTES DE RECHERCHE À EXPLORER**

Cette recherche révèle l'apport d'un regard socio-anthropologique, décentré et dégagé non seulement de l'emprise médicale, mais aussi des représentations profanes, sur la compréhension du phénomène ménopausique. Elle regorge, toutefois, de plusieurs limites, notamment celles relatives à l'échantillon et aux méthodes d'investigation.

1) Le nombre modeste de personnes rencontrées ne permet pas d'étendre les résultats obtenus à l'ensemble des Suissesses et des Camerounaises. Non représentatifs de la population générale, ils ne sont valables que pour cette recherche. Des études plus exhaustives seraient nécessaires pour les confirmer. Par ailleurs, les femmes rencontrées dans cette étude ont été sélectionnées de manière différente. En effet, en Suisse, la collaboration avec les professionnels de la santé au sein de l'hôpital H m'a permis d'avoir une population assez diversifiée. Ce ne fut pas le cas au Cameroun où j'ai dû procéder uniquement par le réseau de proximité. Pour cette raison, certaines thématiques n'ont pas pu être approfondies dans les deux contextes. En l'occurrence, n'ayant pas trouvé des Camerounaises qui se servent des « médecines traditionnelles » pour soulager les désagréments qu'elles

attribuent à l'arrêt des règles, les analyses liées à l'utilisation des médecines alternatives par les femmes dans la gestion de la ménopause portent principalement sur les Suissesses. Il s'agit d'un aspect qui mérite d'être investigué, au Cameroun, dans le cadre d'études ultérieures. Enfin, si j'ai eu la possibilité de faire de l'observation en Suisse, ce qui a permis de parvenir à une certaine triangulation des données, cela n'a pas été possible au Cameroun pour diverses raisons qui ont été évoquées dans ce travail (réticences des gynécologues, non existence des consultations spécifiques pour la ménopause comme à l'hôpital observé en Suisse). Cette asymétrie relative à la quantité ou à la qualité des données recueillies ne porte cependant pas préjudice aux analyses et aux conclusions tirées dans ce travail dans la mesure où elles résultent principalement des entretiens, très riches, réalisés auprès des femmes et des professionnels de la santé et que les grilles d'entretien ont porté sur des thématiques semblables, ce qui m'a permis de mettre en perspective comparative les informations reçues.

2) L'étude porte uniquement sur les femmes ménopausées ou en transition ménopausique. Une recherche portant sur l'imaginaire et les représentations des femmes non encore engagées dans le processus ménopausique devrait permettre d'avoir une vue d'ensemble plus complexe de ce phénomène. Les travaux de Delanoë (1998b, 2006), regroupant autant les femmes ménopausées que non ménopausées, laissent, en effet, penser que les représentations des femmes peuvent être différentes selon qu'elles sont engagées dans cette transition ou non.

3) Dans des sociétés qui se pluralisent, il serait intéressant d'explorer les expériences ménopausiques des femmes migrantes. Quels discours produisent-elles et quelles sont leurs pratiques de gestion de la ménopause ? Perçoivent-elles ou vivent-elles la ménopause suivant un héritage culturel acquis dans leur communauté d'origine ou alors un changement s'exerce-t-il en fonction de la société d'accueil ? Dans le cadre de cette recherche, j'ai souhaité, dès le départ, inclure mes compatriotes. Mais du fait de leurs réticences et refus, dus probablement à mon introduction maladroite sur le terrain, je n'ai pas pu atteindre

cet objectif. Je pense, néanmoins, qu'il s'agit d'un axe de recherche qui peut être fructueux et qui permettrait aussi de mieux cerner la construction de cet événement. Il faudrait alors mieux penser la stratégie à adopter pour susciter leur intérêt à participer à ce genre d'étude.

4) Les représentations, vécus et pratiques à l'égard de la ménopause ne témoignent pas uniquement du rapport de la femme à son corps, à la santé et au vieillissement, mais elles permettent aussi de poser d'autres enjeux, en l'occurrence ceux qui s'articulent autour du genre et de la sexualité. En Suisse comme au Cameroun, l'entrée en ménopause induit chez plusieurs femmes des modifications sur le plan sexuel, comme je l'ai relevé dans cette thèse. Certaines de ces femmes recourent alors à l'hormonothérapie (substitutive ou non) pour résorber les troubles sexuels éprouvés. La place occupée par la médecine dans le domaine de la sexualité de même que l'influence de la médicalisation de la ménopause sur l'intimité ou la relation amoureuse, sont des éléments qui mériteraient d'être approfondis. Il conviendrait aussi, dans une perspective genre, de penser à la valorisation de la parole masculine, en explorant les représentations des hommes non seulement à l'égard de la ménopause, mais aussi à l'égard de l'andropause pour les comparer aux discours féminins. Par ailleurs, de nombreuses études, y compris celle-ci, portent particulièrement sur des femmes hétérosexuelles. Une piste intéressante, pouvant permettre une meilleure compréhension des rapports entre la ménopause, la sexualité et le genre consisterait également à explorer les représentations et pratiques des femmes homosexuelles.

## BIBLIOGRAPHIE

Abega S.-C. 1987. *L'esana chez les Beti*. Yaoundé: Editions Clé.

Abega S.-C. 2007. *Les violences sexuelles et l'Etat du Cameroun*. Paris: Karthala.

Abega S.-C., Mbarga J. et Vernazza-Licht N. 2002. "Activité sexuelle et qualité de vie des femmes ménopausées au Sud-Cameroun", in A. Guerci et S. Consigliere (dir.), *Vivere e curare la vecchiaia nel mondo*, Genova: Erga, 356-369.

Adam P. et Herzlich C. 2009. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Armand Colin.

Aïach P. 1998. "Les voies de la médicalisation", in P. Aïach et D. Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris: Economica, 15-36.

Anaes et Afssaps 2004. *Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. Rapport d'orientation*. Paris.

Andrieu B. 2005. *A la recherche du corps. Epistémologie de la recherche française en SHS*. Nancy: Presses Universitaires de Nancy.

Andro A. et Bajos N. 2008. "La sexualité sans pénétration : une réalité oubliée du répertoire sexuel", in N. Bajos et M. Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris: La Découverte, 297-314.

Attali C. 2003. "La consultation chez les généralistes", in V. Ringa et al (dir.), *Femmes, médecins et ménopause*, Paris: Masson, 129-144.

Attias-Donfut C. et Segalen M. 1998. *Grands-parents : la famille à travers les générations*. Paris: Odile Jacob.

Augé M. 1991. "Ordre biologique, Ordre Social : la maladie, forme élémentaire de l'événement", in M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le Sens du mal. Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie*, Paris: Editions des archives contemporaines, 35-91.

Badinter E. 1986. *L'un est l'autre. Des relations entre hommes et femmes*. Paris: Odile Jacob.

Bajos N. et Bozon M. 2011. "Les transformations de la vie sexuelle après cinquante ans: un vieillissement genré ", *Genre, sexualité et société*, en ligne (6). <http://gss.revues.org/index2165.html>.

Bajulaiye O. et Sarrel P. M. 1986. "A survey of premenopausal symptoms in Nigeria", in M. Notélovitz et P. Van Keep (dir.), *The climateric in perspective : Proceedings of the fourth International Congress on the menopause*, Hinam MTP Press, 139-147.

Barsky A. J. et Borus J. F. 1995. "Somatization and medicalization in the era of managed care", *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 274(24): 1931-1934.

Baszanger I. 1986. "Les maladies chroniques et leur ordre négocié", *Revue française de sociologie*, 27(1): 3-27.

Baszanger I. 1992. "Les chantiers d'un interactionnisme américain", in A. Strauss (dir.), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris: L'Harmattan, 11-63.

- Beaud S. et Weber F. 2003. *Guide de l'enquête de terrain*. Paris: La découverte.
- Beck U. 2001. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Flammarion.
- Benoist J. 1996. *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala.
- Berg-Cutler W., Celso-Ramôn G. et Edwards D. 1986. *La ménopause. Guide pour les femmes et les hommes qui les aiment*. Paris: France-Empire.
- Berger P. et Luckmann T. 2006. *La construction sociale de la réalité*. Paris: Armand Colin.
- Bert J.-F. 2007. *Michel Foucault. Regards sur le corps*. Strasbourg: Le Portique.
- Beyeme Ondoua J.-P. 2002. "Le système de santé camerounais", *ADSP*, (39): 61-65.
- Beyene Y. 1986a. "Climateric expression in a cross cultural studies", in M. Notélovitz et P. Van Keep (dir.), *The climateric in perspective : proceedings of the fourth International Congress on the menopause*, Hinham: MTP Press, 139-147.
- Beyene Y. 1986b. "Cultural significance and physiological manifestations of menopause a biocultural analysis", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 10(1): 47-71.
- Bibeau G. 1999. "Une troisième voie en santé publique", *Rupture. Revue transdisciplinaire en santé*, 6(2): 209-236.
- Birkhäuser M. 1996. "Contre-indications aujourd'hui, indications demain", in M. Birkhäuser et H. Rozenbaum (dir.), *La ménopause. Conférence européenne de consensus, Montreux - Suisse*, Paris: Eska, 283-291.

Birkhäuser M., De Geyter C., Keller J.-P. et Luzuy F. 2003. "Recommandation de la Société Suisse de Ménopause : Prise de position sur la thérapie hormonale post ménopausique après la WHI et la HERS", *Journal für menopause*, 10(1): 9-12.

Bloch O., Von Wartburg W. et Meillet A. 1932. *Dictionnaire étymologique de la langue française*. Paris: PUF.

Boltanski L. 1971. "Les usages sociaux du corps", *Annales*, 26(1): 205-233.

Bonnet D. 1988. *Corps biologique, corps social*. Paris: Editions de l'ORSTOM.

Boschetti P., Gobet P., Hunkeler J. et Muheim G. 2006. *Le prix des médicaments: l'industrie pharmaceutique suisse*. Lausanne: Editions d'En bas.

Boston Women's Health Book Collective 1998. *Our body, Ourselves for the New Century : A book by and for Women*. New York: Touchstone.

Boudon R. et Bourricaud F. 1994. *Dictionnaire critique de la sociologie*. Paris PUF.

Bourdieu P. 1979. *La distinction*. Paris: Minuit.

Bourdieu P. 1980. *Le sens pratique*. Paris: Editions de Minuit.

Bourdieu P. 1998. *La domination masculine*. Paris: Le Seuil.

Bozon M. 1988. "Le mariage en moins", *Société française*, 26: 9-19.

Braunstein F. et Pépin J.-F. 1999. *La place du corps dans la culture occidentale*. Paris: PUF.

Breart G. et Ringa V. 1992. "Epidémiologie de l'ostéoporose", in C. Caulin, C. Chastan et D. Kunst (dir.), *Evaluation des traitements de la ménopause. Comptes rendus de la première journée des progrès cliniques et thérapeutiques*, Paris: Springer-Verlag, 23-31.

Burton-Jeangros C. 2004. *Cultures familiales du risque*. Paris: Economica.

Canguilhem G. 1966. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF.

Caradec V. 1996. *Le couple à l'heure de la retraite*. Paris: Presses Universitaires de Rennes.

Caradec V. 2008. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris: Armand Colin.

Cardozo L. 1996. "Le rôle des œstrogènes en urogynécologie : thérapies à faibles doses", in M. Birkhäuser et H. Rozenbaum (dir.), *La ménopause. Conférence européenne de consensus, Montreux - Suisse*, Paris: Eska, 59-66.

Carricaburu D. et Ménoret M. 2004. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris: Armand Colin.

Caulin C., Chastan C. et Kunst D. 1992. *Evaluation des traitements de la ménopause. Compte rendu de la première journée de synthèse des progrès cliniques et thérapeutiques, Paris, 3 avril*. Paris: Springer-Verlag.

Chaby L. 1995. *La ménopause*. Paris: Flammarion.

Chapoulie J. 2001. *La tradition sociologique de Chicago: 1892-1961*. Paris: Seuil.

Clark J. 2003. *La ménopause. Traitement hormonal et alternative naturelle*. Paris: Le courrier du livre.

CNRS 1991. *Médicaliser la ménopause? Conférence de consensus, Paris 11-14 avril. Rapport de conférence*. Paris.

Coenen M.-T. 2002. *Corps de femmes. Sexualité et contrôle social*. Bruxelles: Editions De Boeck Université.

Cohen P. et Rossi I. 2011. "Le pluralisme thérapeutique en mouvement", *Anthropologie et santé (en ligne)*, 2. <http://anthropologiesante.revues.org/606>

Collin J. 2003. "Médicaments et vieillesse. Trois cas de figure", *Anthropologie et sociétés*, 27(2): 119-138.

Conrad P. 1992. "Medicalization and social control", *Annual Review of Sociology*, 18: 209-232.

Conrad P. 2007. *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Copeland Ryneveld E. 1999. *La ménopause. Une approche douce et naturelle*. Québec: AdA.

Corbin A., Courtine J. et Vigarello G. 2005. *Histoire du corps. vol 2. De la Révolution à la Grande Guerre*. Paris: Le Seuil.

Costanza M. et Morabia A. 2004. "Traitement hormonal de substitution chez la femme ménopausée : les données genevoises du Bus Santé 1993-2002", *Médecine et Hygiène*, (2468): 270-272.

Cros M. 1990. *Anthropologie du sang en Afrique. Essai d'hématologie symbolique chez les Lobi du Burkina Faso et de Côte d'Ivoire*. Paris: L'Harmattan.

Darmon M. 2005. "Le psychiatre, la sociologue et la boulangère: analyse d'un refus de terrain", *Genèses*, (1): 98-112.

Dauphin-Tinturier A. M. 2003. "Cisungu à nouveau", *L'Homme*, (3): 187-207.

Davis D. 1986. "The meaning of menopause in a Newfoundland fishing village", *Culture, Medicine and Psychiatry*, (10): 73-94.

De Beauvoir S. 1949. *Le deuxième sexe II: L'expérience vécue*. Paris: Gallimard.

De Beauvoir S. 1970. *La vieillesse*. Paris: Gallimard.

De Gardanne C. P. L. 1821. *De la ménopause ou de l'âge critique des femmes*. Paris: Méquignon-Marvis.

De Grandi P. 1986. "Discussion : aspects pratiques de la prescription d'une hormono-substitution post-ménopausique", in P. De Grandi (dir.), *Rapport su symposium de Montreux Oui ou Non à la ménopause*, Bâles: RECOM, 61-72.

De Queiroz J. M. et Ziotkowski M. 1997. *L'interactionnisme symbolique*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

De Singly F. 1993. *Sociologie de la famille contemporaine*. Paris: Nathan.

De Ziegler D. 1986. "Traitement Hormonal de Substitution à la post ménopause", in P. De Grandi (dir.), *Rapport du symposium de Montreux Oui ou Non à la ménopause*, Bâles: RECOM, 23-38.

Delanoë D. 1997. "Les représentations de la ménopause : un enjeu des rapports sociaux d'âge et de sexe", *Contraception, fertilité, sexualité*, 25(11): 853-860.

Delanoë D. 1998a. "La médicalisation de la ménopause. La pathologisation comme processus de socialisation", in P. Aïach et D. Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris: Economica, 211-251.

Delanoë D. 1998b. "Les représentations de la ménopause et les attitudes envers le traitement hormonal. Une enquête de la population générale en France", in C. Sureau et al (dir.), *Stéroïdes, ménopause et approche socio-culturelle*, Paris: Elsevier, 39-80.

Delanoë D. 2001. "La question des troubles psychiques attribués à la ménopause", in P. Aïach (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes: ENSP, 75-95.

Delanoë D. 2002. "Les représentations de la ménopause en France. Regards des femmes et des hommes", in A. Guerci et S. Consigliere (dir.), *Vivere e curare la vecchiaia nel mondo*, Genova: Erga, 338-346.

Delanoë D. 2003. "Histoires de la ménopause d'ici et d'ailleurs", in V. Ringa et al (dir.), *Femmes, médecins et ménopause*, Paris: Masson, 103-125.

Delanoë D. 2004. "Les troubles psychiques attribués à la ménopause et le regard des hommes", in P. Belot-Foucarde et D. Winaver (dir.), *La ménopause. Regards*

*croisés entre gynécologues et psychanalistes*, Ramon Ville Saint-Agne: Erès, 151-170.

Delanoë D. 2006. *Sexe, croyances et ménopause*. Paris: Hachette Littératures.

Delbès C. et Gaymu J. 1997. "L'automne de l'amour", *Population*, (6): 1439-1483.

Delmas P.-D. 1996. "Nouvelle définition de l'ostéoporose : implications pour le diagnostic et le traitement ", in M. Birkhäuser et H. Rozenbaum (dir.), *La ménopause. Conférence Européenne de consensus. Montreux-Suisse*, Paris: Eska, 97-105.

Denard-Toulet A. 1975. *La ménopause effacée*. Paris: Robert Laffont.

Dennerstein L. 1994. "Ménopause et psychisme", in R. Sitruk-Ware et W. Utian (dir.), *Ménopause et traitement hormonal substitutif*, Paris: Frison-Roche, 105-122.

Derbez B. 2010. "Négocier un terrain hospitalier. Un moment critique de la recherche en anthropologie médicale", *Genèses*, 1(78): 105-120.

Desclaux A. et Lévy J.-J. 2003. "Présentation. Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale?", *Anthropologie et sociétés*, 27(2): 5-21.

Détrez C. 2002. *La construction sociale du corps*. Paris: Le Seuil.

Devereux G. 1950. "The psychology of feminine genital bleeding. An analysis of Mohave Indian puberty and menstrual rite", *International Journal of Psycho-Analysis*, (31): 237-257.

Diasio N. 2002. "L'inverno delle donne. La costruzione del concetto di menopausa tra scienza e metafisica", in A. Guerci et S. Consigliere (dir.), *Vivere e curare la vecchiaia nel mondo*, Genova: Erga, 310-325.

Diasio N. 2007. "'Habillée de temps". La femme à l'âge critique dans le discours médical au tournant du XIXe siècle", in V. Vinel (dir.), *Féminin, masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales*, Strasbourg Cahier du Portiques 4, 101-129.

Diasio N. et Vernazza-Licht N. 2002. "La ménopause, processus biologique et enjeux culturels", in A. Guerci et S. Consigliere (dir.), *Vivere e curare la vecchiaia nel mondo*, Genova: Erga, 278-281.

Douglas M. 1971. *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris: François Maspero.

Drulhe M. 1994. "Vieillir. Déficit ou vieillesse négociée, les conséquences méthodologiques d'un choix objet", in S. Guth (dir.), Paris: L'Harmattan,

Drulhe M. 1996. *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*. Paris: PUF.

Drulhe M. et Clément S. 1998. "Enjeux et formes de la médicalisation : d'une approche globale au cas de la gérontologie", in P. Aïach et D. Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris: Economica, 69-96.

Dubar C. 1991. *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin.

Dubet F. 1994. *Sociologie de l'expérience*. Paris: Le Seuil

Dubet F. 2007. *L'expérience sociologique*. Paris: La Découverte

Dupuy J.-P. 1990. "Le médicament dans la relation médecin-malade", in L. Bozzini et al (dir.), *Médecine et société. Les années 80*, Montréal: Saint-Martin, 371-388.

Durandea A. et Vasseur-Fauconnet C. 1990. *Sexualité, mythes et cultures*. Paris: L'Harmattan.

Duret P. et Roussel P. 2003. *Le corps et ses sociologies*. Paris: Nathan.

ECAM (Enquête Camerounaise Auprès des Ménages) 1996. Yaoundé.

Ehrenreich B. et English D. 1982. *Des experts et des femmes. 150 ans de conseils prodigués aux femmes*. Québec: Editions du Remue-ménage.

Elia D. 1991. *Comment rester jeune après 40 ans*. Paris: J'ai lu.

Epelboin S. 1998. "Représentations symboliques de la ménopause", in C. Sureau (dir.), *Stéroïdes, ménopause et approche socio-culturelle*, Paris: Elsevier, 23-37.

Fabre D. 1992. "L'ethnologue et ses sources", in G. Althabe, D. Fabre et G. Lenclud (dir.), *Vers une ethnologie du présent*, Paris: Editions de la Maison des sciences de l'homme, 39-58.

Fainzang S. 2001. *Médicaments et société: le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris: PUF.

Fainzang S. 2006a. *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris: PUF.

Fainzang S. 2006b. "L'anthropologie médicale en France", in F. Saillant et S. Genest (dir.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Paris: Economica, 155-173.

Fassin D. 1998. "Avant propos. Les politiques de la médicalisation", in P. Aïach et D. Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris: Economica, 1-13.

Fassin D. 2006. "Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie", in F. Saillant et S. Genest (dir.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Paris: Economica, Anthropos, 383-399.

Fauconnier A., Ringa V., Delanoë D., Falissard B. et Breart G. 2000. "Use of hormone replacement therapy: women's representations of menopause and beauty care practices", *Maturitas*, 35(3): 215-228.

Faure O. 1998. "La médicalisation vue par les historiens", in P. Aïach et D. Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris: Economica, 53-68.

Field M. J. 1970. *Search for Security : an ethnography study of rural Ghana*. New York: W.W. Norton.

Flint M. 1975. "The menopause : reward or punishment", *Psychosomatics*, 16: 161-163.

FLJM (Fondation Louis-Jeantet de Médecine) 2001. *Les coûts de la santé : Des choix à faire, des valeurs à préserver. Actes du colloque Louis-Jeantet n°1*. Genève: Georg Editeur.

Foucault M. 1975. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Gallimard.

Foucault M. 1984a. *Histoire de la sexualité 2. L'usage des plaisirs*. Paris: Gallimard.

Foucault M. 1984b. *Histoire de la sexualité 3. Le souci de soi*. Paris: Gallimard.

Foucault M. 1997. *Il faut défendre la société. Cours au collège de France*. Paris: Seuil / Gallimard.

Freidson E. 1984. *La profession médicale*. Paris: Payot.

Freund J. 1983. *Sociologie du conflit*. Paris: PUF.

Gélis J. 1984. *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne. XVe-XIXème siècle*. Paris: Fayard.

Gélis J. 1988. *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*. Paris: Fayard.

Gendron C. 2000. "La ménopause. Les dessous de la médicalisation", *L'infirmière canadienne*, 96(1): 35-40.

Gennari C. et Agnusdei D. 1996. "Quelles sont les alternatives à l'hormonothérapie substitutive dans la prévention et le traitement de l'ostéoporose?", in M. Birkhäuser et H. Rozenbaum (dir.), *La ménopause. Conférence européenne de consensus, Montreux - Suisse*, Paris: Eska, 117-121.

Gestin A. 2000. "Un nouvel impératif pour les hommes et les femmes retraités: vieillir jeune", in C. Attias-Donfut et P. Tripiet (dir.), *Vieillir jeunes, actifs et disponibles ? Cahier du genre 31*, Paris: L'Harmattan, 203-219.

Ghadi V. 2001. "Information des usagers", *Actualité et dossier en santé publique*, 36: 36-39.

Giami A. 2004. "De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité", in D. Fassin et D. Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris: EHESS, 77-108.

Giddens A. 1994. *Les conséquences de la modernité*. Paris: L'Harmattan.

Giddens A. 2001. *Sociology*. Cambridge: Polity Press.

Ginsbourg J. et Hardiman P. 1994. "Que savons-nous des bouffées de chaleur de la ménopause?", in R. Sitruk-Ware et W. Utian (dir.), *Ménopause et traitement hormonal substitutif*, Paris: Frison-Roche, 15-47.

Glaser B. et Strauss A. 2010. *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*. Paris: Armand colin.

Gobet P. 2006. "Le discours de l'industrie pharmaceutique", in P. Boschetti, P. Gobet, J. Hunkeler et G. Muheim (dir.), *Le prix des médicaments. L'industrie pharmaceutique suisse*, Lausanne: Editions d'en bas, 15-26.

Goffman E. 1974. *Les rites d'interaction*. Paris: Editions de minuit.

Goffman E. 1975. *Stigmate*. Paris: Editions de Minuit.

Good B. 1998. *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo.

Greer G. 1992. *Le passage. L'expérience de la ménopause*. Paris: Plon.

Grieco M. 1991. "Corps, apparence et sexualité" in G. Duby et M. Perrot (dir.), *Histoire des femmes en Occident, vol3, XVI-XVIIIème siècle*, Paris : Plon, 59-94.

Guillaumin C. 1992. *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature*. Paris: Côté-femmes Editions.

Guillemard A.-M. 1986. *Le déclin du social*. Paris: PUF.

Guyard L. 2002. "Consultation gynécologique et gestion de l'intime", *Champ psychosomatique*, (3): 81-92.

Guyard L. 2010. "Des normes corporelles féminines dans la consultation gynécologique", in L. Guyard et A. Mardon (dir.), *Le corps à l'épreuve du genre. Entre normes et pratiques*, Nancy: Presses Universitaires de Nancy, 129-140.

Guyard L. et Mardon A. 2010. "Introduction: La construction genrée des corps comme objet sociologique", in L. Guyard et A. Mardon (dir.), *Le corps à l'épreuve du genre. Entre normes et pratiques*, Nancy: Presses Universitaires de Nancy, 7-16.

Hammer R. 2006. "La confiance dans son médecin", *PrimaryCare*, 6(18): 337-339.

Harmel V. 1996. *La cinquantaine au féminin. Inventer votre ménopause*. Genève: Jouvence.

Hassoun D. 2003a. "La consultation chez les gynécologues", in V. Ringa et al (dir.), *Femmes, médecins et ménopause*, Paris: Masson, 145-157.

Hassoun D. 2003b. "Les traitements de la ménopause", in V. Ringa et al (dir.), *Femmes, médecins et ménopause*, Paris: Masson, 159-195.

Héroult L. 2007. "Faire de l'anthropologie en "terrain transsexuel"", in O. Leservoisière et R. Vidal (dir.), *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*, Paris: Editions des archives contemporaines, 97-107.

Héritier F. 1978. "Fécondité et stérilité: la traduction de ces notions dans le champ idéologique au stade préscientifique", in E. Sullerot (dir.), *Le fait féminin*, Paris: Editions du Club France Loisirs, 387-396.

Héritier F. 1994. *Les deux sœurs et leur mère*. Paris: Odile Jacob.

Héritier F. 1996. *Masculin féminin. La pensée de la différence*. Paris: Odile Jacob.

Héritier F. 2002. *Masculin féminin II. Dissoudre la hiérarchie*. Paris: Odile Jacob.

Héritier F. et Xanthakou M. 2004. *Corps et affects*. Paris: Odile Jacob.

Héritier-Augé F. 1998. "Anthropologie de la ménopause", in C. Sureau et al (dir.), *Stéroïdes, ménopause et approche socio-culturelle*, Paris: Elsevier, 11-21.

Herzlich C. 1970. *Médecine, maladie et société*. Paris: Mouton.

Herzlich C. 1991. "Médecine moderne et quête de sens: la maladie signifiant social", in M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, Paris: Editions des archives contemporaines, 189-215.

Herzlich C. 1992. "Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social", in U. Flick (dir.), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*, Paris: L'Harmattan, 347-357.

Herzlich C. 2005. *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris: EHESS.

Herzlich C. et Pierret J. 1991. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison*. Paris: Payot.

Hoarau H. 2000. "Y a-t-il de l'anthropophage dans l'anthropologue? Perception et rôle de l'anthropologue au cœur des structures de soins", *Face à Face*, (2): 19-24.

Hours B. 2001. *Systèmes et politiques de santé: de la santé publique à l'anthropologie*. Paris: Karthala.

Hours B. 2003. "La santé au cœur des lendemains qui chantent et qui déchantent", *Sciences sociales et santé*, 21(2): 109-114.

Humair J.-P. 2004. "Traitement hormonal de substitution : leçons pour le médecin de premier recours", *Médecine et Hygiène*, (2468): 289-291.

Hunkeler J. 2006. "Le marché des médicaments", in P. Boschetti, P. Gobet, J. Hunkeler et G. Muheim (dir.), *Le prix des médicaments. L'industrie pharmaceutique suisse*, Lausanne: Editions d'en bas, 69-110.

Hurtig M.-C., Kail M. et Rouch H. 2002. *Sexe et genre : de la hiérarchie entre les sexes*. Paris: CNRS Editions.

Huwiler K., Duetz M. et Schneider M. 2004. "Traitement hormonal de substitution chez la femme ménopausée: d'une mesure préventive à une menace pour la santé", *Médecine et Hygiène*, (2468): 281-284.

Illich Y. 1975. *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris: Le Seuil.

Inglin S. et Amsler S. 2007. *Cancer, représentations du corps et médecines : recours aux médecines alternatives dans le cadre des maladies tumorales s'agissant des patients des HUG, mémoire de licence*. Université de Genève.

Jacquemin-Le Vern H. 2004. "Faut-il une consultation spécialisée pour la ménopause?", in P. Belot-Foucarde et D. Winaver (dir.), *La ménopause. Regards croisés entre gynécologues et psychanalistes*, Ramon Ville Saint-Agne: Erès, 33-39.

Jaffré Y. 2009. "Anthropologie, espaces techniques de soins et réduction de la mortalité maternelle", in Y. Jaffré, Y. Diallo, P. Vasseur et C. Grenier-Torrès (dir.), *La Bataille des femmes*, Paris: Faustroll, 13-44.

Jaffré Y. 2011. *Communication orale (15 novembre 2011). Cours d'anthropologie de la santé d'Ilario Rossi*, Université de Lausanne.

Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.-P. 2003a. "Un diagnostic socio-anthropologique : des centres de santé malades...", in Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris: Karthala, 51-102.

Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.-P. 2003b. "Réformer une éthique sous contrainte?", in Y. Jaffré (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris: Karthala, 339-358.

Jansen T. 2008. *La maladie a-t-elle un sens? Enquête au-delà des croyances*. Paris: Fayard.

Jodelet D. 1982. *Systèmes de représentations du corps et groupes sociaux*. Paris: EHESS.

Juvin H. 2005. *L'avènement du corps*. Paris: Gallimard.

Kaufert P. A. 1982. "Myth and the menopause", *Sociology of Health and Illness*, 4(2): 141-166.

kaufert P. A. et Gilert P. 1986. "Women, menopause, and medicalization", *Culture, Medicine and Psychiatry*, (10): 7-21.

Kaufmann J.-C. 1995. *Corps de femmes regards d'hommes. Sociologie des seins nus*. Paris: Nathan.

Kaufmann J.-C. 2006. *L'enquête et ses méthodes: l'entretien compréhensif*. Paris: A. Colin.

Kellerhals J. 1974. "Dimensions familiales de la stratification", *Revue française de sociologie*: 459-486.

Kérisit M. et Pennec S. 2001. "La mise en Science de la ménopause", in C. Attias-Donfut et P. Tripier (dir.), *Vieillir jeunes, actifs et disponibles? Cahiers du genre 31*, Paris: L'Harmattan, 129-148.

Knibiehler Y. 2002. *La sexualité et l'histoire*. Paris: Odile Jacob.

Kolip P. 2006. 'Médicalisation de la ménopause', *Femmes d'âge moyen, identités narratives et sur-médicalisation : un autre regard sur cette période qu'on appelle "la ménopause"*, Colloque organisé par l'ASBL, femmes et santé Bruxelles.

Kraft E. 2012. "Statistiques médicales 2011. 30849 médecins au service de la Suisse", *Bulletin des médecins suisses*, 93(11): 399-403.

Laburthe-Tolra P. 1985. *Initiations et sociétés secrètes au Cameroun: les mystères de la nuit*. Paris: Karthala.

Laburthe-Tolra P. 2009. *Les Seigneurs de la forêt. Essai sur le passé historique, l'organisation sociale et les normes éthiques des anciens Beti du Cameroun*. Paris: L'Harmattan.

Lachowsky M. 2003. "Conclusion : une nécessaire évolution de la relation médecin-patiente", in V. Ringa et al (dir.), *Femmes, médecins et ménopause*, Paris: Masson, 203-211.

Lalivé d'Épinay C. 1996. *Entre retraite et vieillesse. Travaux de sociologie compréhensive*. Lausanne: Editions Réalités sociales.

Lalivé d'Épinay C., Christe E., Coenen-Huther J. et al 1983. *Vieillesse, situations, itinéraires et modes de vie des personnes âgées aujourd'hui*. Saint Saphorin: Georgi.

Laplantine F. 1992. *Anthropologie de la maladie*. Paris: Payot.

Laplantine F. et Rabeyron P.-L. 1987. *Les médecines parallèles*. Paris: PUF.

Latour B. 1995. *La science en action*. Paris: Gallimard.

Laznik M.-C. 2003. *L'impensable désir. Féminité et sexualité au prisme de la ménopause*. Paris: Denoël.

Laznik M.-C. 2004. "Le gynécologue, un passeur?", in P. Belot-Foucarde et D. Winaver (dir.), *La ménopause. Regards croisés entre gynécologues et psychanalystes*, Ramon Ville Saint-Agne: Erès, 15-28.

Le Breton D. 1992. *La sociologie du corps*. Paris: PUF.

Le Breton D. 1999. *L'adieu au corps*. Paris: Métailié.

Le Breton D. 2002. *La sociologie du corps*. Paris: PUF.

Le Breton D. 2002. *Signes d'identité: tatouages, piercings et autres marques corporelles*. Paris: Métailié.

Le Breton D. 2003. *Des visages*. Paris: Métailié.

Le Breton D. 2004. *L'interactionnisme symbolique*. Paris: PUF.

Le Breton D. 2005. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: PUF.

Le Breton D. 2008. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: PUF.

Le Galès C. 1992. "Evaluation économique de la ménopause et de ses traitements", in C. Caulin, C. Chastan et D. Kunst (dir.), *Evaluation des traitements de la ménopause. Comptes rendus de la première journée des progrès cliniques et thérapeutiques*, Paris: Springer-Verlag, 126-163.

Lepine P. et Ruelens D. 2002. *Aux hormones ou au naturel? La ménopause. Une approche intégrée*. Outremont: Quebecor.

Leriche R. 1936. "Introduction générale. De la santé à la maladie : où va la médecine?", *Encyclopédie française*, 6: 16.

Leservoisier O. et Vidal R. 2007. "Introduction. L'exercice réflexif face aux conditions actuelles de la pratique ethnologique", in O. Leservoisier et R. Vidal (dir.), *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*, Paris: Editions des archives contemporaines, 1-15.

Lipovetsky G. 1983. *L'ère du vide: essais sur l'individualisme contemporain*. Paris: Gallimard.

Lock M. 1993. *Encounters with ageing. Mythologies of menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.

Lock M. 2006. "Anthropologie médicale : pistes d'avenir", in F. Saillant et S. Genest (dir.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Paris: Economica, Anthropos, 439-467.

Lopes P. et Ringa V. 2003. "Les aspects cliniques de la ménopause", in V. Ringa et al (dir.), *Femmes, médecins et ménopauses*, Paris: Masson, 17-38.

Lopès P. et Trémollières F. 2001. *Guide pratique de la ménopause*. Paris: Masson.

Louis-Courvoisier M. 2002. "Prévention des risques liés à la ménopause", in FLJM (dir.), *La prévention : un enjeu personnel ou collectif? Actes du Forum Louis-Jeantet n°3*, Genève: Georg Editions, 277-293.

Löwy I. et Gaudillière J.-P. 2004. "Controverses sur le traitement hormonal de la ménopause", *Mouvements*, (32): 32-39.

Löwy I. et Gaudillière J.-P. 2006. "Médicalisation de la ménopause, mouvements pour la santé des femmes et controverses sur les thérapies hormonales", *Nouvelles questions féministes*, 25(2): 48-65.

Lupu F. 1981. "Les passages à la mort chez les Tin Dama du Sepik (nouvelle Guinée)", in J. Hainard et R. Kaehr (dir.), *Naître, vivre et mourir*, Neuchâtel: Musée d'ethnographie, 149-160.

Luzuy F. 2004. "Traitement hormonal de substitution chez la femme ménopausée : le point de vue du gynécologue", *Médecine et Hygiène*, (2468): 286-288.

Maisonneuve J. 1976. "Le corps et le corporéisme aujourd'hui", *Revue française de sociologie*: 551-571.

Mallart Guimera L. 1981. *Ni dos, ni ventre. Religion, magie et sorcellerie Evuzok*. Paris: Société d'ethnographie.

Maoz B. 1973. *The perception of menopause in five ethnic groups in Israel, Thesis*. Leiden, The Neetherlands.

Martin E. 2001. *The Woman in the body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.

Massé R. 1995. *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal, Paris: Cassablanca, Gaëtan Morin.

Massé R. 1998. "La santé publique comme nouvelle moralité", *Les cahiers de recherche éthique*, 22: 155-176.

Massé R. 2001. "La santé publique comme projet politique et individuel", in B. Hours (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris: Karthala, 41-64.

Massé R. 2007. "La "troisième voie" en anthropologie de la santé : pour une réflexivité constructive", in O. Leservoisière et R. Vidal (dir.), *L'anthropologie face à ses objets : nouveaux contextes ethnographiques*, Paris: Archives Contemporaines, 267-281.

Massé R. 2010. "Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé", *Anthropologie et santé (en ligne)*, 1. <http://anthropologiesante.revues.org/116>

Massé R., Légaré F., Côté L. et Dodin S. 2001. "The limitations of a negotiation model for perimenopausal women", *Sociology of Health & Illness*, 23(1): 44-64.

Mauss M. 1950 (1980). *Sociologie et anthropologie*. Paris: PUF.

Mbarga J. 2001. *La ménopause. Un critère de changement de statut social pour la femme. Mémoire de Maîtrise*. Université Catholique d'Afrique Centrale, Yaoundé.

Mbarga J. 2005. *Ménopause et contexte socioculturel des femmes. Mémoire de DEA en Sociologie*. Université de Genève.

Mbarga J. 2010. *La construction sociale de la ménopause. Vécu et perception en Suisse et au Cameroun*. Paris: L'Harmattan.

Mbarga J., Dembélé A. et Haxhijaj R. 2005. "Les rapports sociaux de sexe dans la société kabyle", in A. Ducret et F. Schultheis (dir.), *Un photographe de circonstance. Pierre Bourdieu en Algérie*, Genève: AES, 99-109.

Mbondji E. 2009. *Santé, maladies et médecine africaine. Plaidoyer pour l'autre tradipratique*. Yaoundé: Presses Universitaires de Yaoundé.

McCoy N. L. 1994. "Ménopause et sexualité", in R. Sitruk-Ware et W. Utian (dir.), *Ménopause et traitement hormonal substitutif*, Paris: Frison-Roche, 77-104.

McCrea F. B. 1983. "The politics of menopause: The "discovery" of a deficiency disease", *Social Problems*: 111-123.

Mead M. 1966. *L'Un et l'Autre Sexe*. Paris: Denoël Gonthier.

Mebenga Tamba L. 2000. "Education sexuelle de la jeune fille beti du Cameroun", *Anthropology of Africa*: 223-232.

Ministère de la Santé Publique. 2007. *Politique nationale de promotion de la santé au Cameroun*. Yaoundé.

Ministère de la Santé Publique. 2011. *Recensement général des personnels du secteur de la santé au Cameroun. Rapport général*. Yaoundé.

Moisseff M. 1990. "L'indépendance entre sexualité et procréation : un mythe de la culture occidentale", in A. Durandea et C. Vasseur-Fauconnet (dir.), *Sexualité, mythes et culture*, Paris: L'Harmattan, 53-73.

Monteillet N. 2005. *Le pluralisme médical au Cameroun. Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*. Paris: Karthala.

Monteillet N. 2006. *Médecine et sociétés secrètes au Cameroun: prévention et soins précoloniaux Yezum*. Paris: Editions L'Harmattan.

Muheim G. 2006. "Objectifs, priorités et pratiques de la recherche pharmaceutique", in P. Boschetti, P. Gobet, J. Hunkeler et G. muheim (dir.), *Le prix des médicaments. L'industrie pharmaceutique suisse*, Lausanne: Editions d'en bas, 27-67.

Naamane-Guessous S. 2000. *Printemps et automnes sexuels. Puberté, ménopause, andropause au Maroc*. Cassablanca: Eddif.

Ngoundoung Anoko J. S. 1996. *Sexualité et alimentation chez les femmes Tikar de Nditam. Approche ethnolinguistique, mémoire de Maîtrise*. Université de Yaoundé I, Yaoundé.

Nissim R. 1994. *La ménopause: réflexions et alternatives aux hormones de remplacement*. Genève: Mamamélis.

Obermeyer C. M., Reher D. et Saliba M. 2007. "Symptoms, menopause status, and country differences : a comparative analyses from DAMES", *Menopause. The journal of the North American Menopause Society*, 14(4): 788-797.

OBSAN (Observatoire suisse de la santé) 2007. *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse*. Neuchâtel: OBSAN.

OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques) 2006. *Etudes économiques de l'OCDE : Suisse*. Paris.

OFS 2005. *Statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers*. Neuchâtel: Office Fédéral de la Statistique.

OFS 2012. *Statistiques de l'Egalité entre femmes et hommes*. Neuchâtel: Office Fédéral de la Statistique.

OFS 2012. *Statistique de la situation économique et sociale en Suisse*. Neuchâtel: Office Fédéral de la Statistique.

OFS 2012. *Statistiques de la population étrangère en Suisse*. Neuchâtel: Office Fédéral de la Statistique.

Ombolo J.-P. 1990. *Sexe et société en Afrique noire: l'anthropologie sexuelle beti: essai analytique, critique et comparatif*. Paris: L'Harmattan.

OMS 1993. *Evaluation du risque de fracture et son application au dépistage de l'ostéoporose post ménopausique*. Genève.

OMS 1994. *La stérilisation féminine. Guide du prestataire de service*. Genève.

OMS 1996. *Recherche sur la ménopause: bilan de la décennie 90*. Genève.

OMS 2002. *Stratégies de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2002-2005*. Genève.

OMS 2011. *Statistiques sanitaires mondiales 2011*. Genève: OMS.

Oudshoorn N. 1998. "Hormones, techniques et corps. L'archéologie des hormones sexuelles (1923-1940)", *Annales HSS*, (4-5): 775-793.

Oudshoorn N. 2000. "Au sujet des corps, des techniques et des féminismes", in D. Gardey et I. Löwy (dir.), *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris: Editions des Archives contemporaines, 31-44.

Paillé P. 2010. "Une "enquête de théorisation ancrée": les racines et les innovations de l'approche méthodologique de Glaser et Strauss", in B. Glaser et A. Strauss (dir.),

*La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*, Paris: Armand Colin, 23-77.

Paillé P. et Mucchielli A. 2008. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.

Parini L. 2006. *Le système de genre. Introduction aux concepts et théories*. Zürich: Editions Seismo.

Parsons T. 1951. *The social system*. New York: The Free Press of Glencoe.

Peretti-Watel P. 2000. *Sociologie du risque*. Armand Colin Paris.

Peretz H. 2004. *Les méthodes en sociologie: l'observation* Paris: La Découverte.

Perrot P. 1984. *Le travail des apparences ou les transformations du corps féminin, XVIIIe-XIXe siècle*. Paris: Le Seuil.

Peumery J.-J. 1990a. "Historique de la terminologie", in H. Rozenbaum et J.-J. Peumery (dir.), *Histoire illustrée de la ménopause. De l'Antiquité à nos jours* Paris: Roger Dacosta, 9-16.

Peumery J.-J. 1990b. "La ménopause au XIXème siècle", in H. Rozenbaum et J.-J. Peumery (dir.), *Histoire illustrée de la ménopause. De l'Antiquité à nos jours*, Paris: Roger Dacosta, 69-112.

PharmaSuisse S. s. d. p. 2006. *Rapport d'activités 2006*. Berne: Société suisse des pharmaciens.

Pierret J. 1991. "Les significations sociales de la santé: Paris, l'Essonne, l'Herault", in M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie.* , Paris: Editions des Archives contemporaines, 217-256.

Pinçon M. et Pinçon-Charlot M. 1998. *Voyage en grande bourgeoisie: journal d'enquête.* Paris: PUF.

Pizzini F. et Lombardi L. 2004. "La médicalisation du corps féminin", in C. Veauvy (dir.), *Les femmes dans l'espace public. Itinéraires français et italiens*, Paris: Maison des sciences de l'homme/Le Fil d'Ariane, 133-147.

Pline I. A. 1977. *Histoire naturelle, Livre VII.* Paris: Les Belles lettres.

Porter R. et Vigarello G. 2005. "Corps, santé et maladies", in A. Corbin, J.-J. Courtine et G. Vigarello (dir.), *Histoire du Corps. Vol 1. De la Renaissance aux lumières*, Paris: Le Seuil, 335-372.

Potash B. 1986. "Wives of the grave : widows in a rural Luo community", in B. Potash (dir.), *Widows in African Societies*, Standford California: Standford University Press, 44-65.

Préjean M. 1994. *Sexes et pouvoir. La construction sociale des corps et des émotions.* Montréal: Presses Universitaires de Montréal.

Proulx-Sammut L. 1992. *La ménopause, mieux comprise, mieux vécue. Des réponses aux questions et aux besoins des femmes des années 90.* Québec: Edimag.

Quivy R. et Van Campenhoudt L. 1988. *Manuel de recherche en sciences sociales.* Paris: Bordas.

Rafal S. 2001. *La ménopause au naturel*. Allier: Marabout.

Reitz R. 1977. *Menopause, a positive approach*. USA: Penguin Group.

Riessman C. K. 1992. "Women and medicalization: A new perspective", *Inventing Women: Science, Technology and Gender*, Polity/Open University Press, Cambridge: 123-144.

Ringa V. 2003a. "Les traitements disponibles actuellement : le point de vue épidémiologique", in V. Ringa et al (dir.), *Femmes, médecins et ménopause*, Paris: Masson, 39-92.

Ringa V. 2003b. "La balance bénéfices/risques", in V. Ringa et al (dir.), *Femmes, médecins et ménopause*, Paris: Masson, 197-201.

Ringa V., Ledésert B., Gueguen R., Schiele F. et Breart G. 1992. "Determinants of hormonal replacement therapy in recently postmenopausal women", *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 45(3): 193-200.

Ringa V. et Lopes P. 2003. "Les aspects cliniques de la ménopause", in V. Ringa et al (dir.), *Femmes, médecins et ménopause*, Paris: Masson, 17-38.

Riska E. 2003. "Gendering the medicalization thesis", *Advances in Gender Research*, 7: 61-89.

Rossi I. 1996. "Médecine, Médecines : Parallélisme ou complémentarité?", *Cahiers médico-sociaux*, 40: 17-24.

Rossi I. 2003. "Mondialisation et sociétés plurielles ou comment penser la relation entre santé et migration", *Médecine et Hygiène*, 61 (2455): 2039-2042.

Rossi I. 2005. "En guise d'introduction. Médicalisation de la vie, enjeux de société", in Collectif (dir.), *Eloge de l'altérité. Défis de société. 12 regards sur la santé, la famille, le travail*, Fribourg: Editions de l'Hèbe, 19-31.

Rossi I. 2006. "L'anthropologie entre médecine et société : les interfaces helvétiques de la santé", in F. Saillant et S. Genest (dir.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Paris: Economica, Anthropos, 331-354.

Rossi I. 2011. "La parole comme soin. Cancer et pluralisme thérapeutique", *Anthropologie et santé (en ligne)*, 2. <http://anthropologiesante.revues.org/659>.

Rossi I., Kaech F., Foley R. et Papadaniel Y. 2008. "L'éthique à l'épreuve d'une anthropologie en milieu palliatif: de l'insertion à la restitution", *Ethnographiques.org*, (17). <http://www.ethnographiques.org/2008/Rossi,et-al>.

Rossini S. et Legrand-Germanier V. 2010. *Le système de santé: assurances, médecine, soins et prévention*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.

Roux P., Perrin V., Modak M. et Voutat B. 1999. *Couple et égalité. un ménage impossible*. Lausanne: Editions Réalités sociales.

Rozembaum H. 1996. "Critères de choix d'un progestatif", in M. Birkhäuser et H. Rozembaum (dir.), *La ménopause. Conférence européenne de consensus. Montreux-Suisse*, Paris: Eska, 243-255.

Rozenbaum H. 1980. *La cinquantaine épanouie. Les traitements actuels permettent à la femme ménopausée de rester belle, désirable et active*. Paris: Robert Laffont.

Rozenbaum H. 1990a. "Ménopause et civilisation", in H. Rozenbaum et J.-J. Peumery (dir.), *Histoire illustrée de la ménopause. De l'Antiquité à nos jours*, Paris: Roger Dacosta, 163-202.

Rozenbaum H. 1990b. "La périménopause", in H. Rozenbaum et J.-J. Peumery (dir.), *Histoire illustrée de la ménopause. De l'Antiquité à nos jours*, Paris: Roger Dacosta, 203-214.

Rozenbaum H. 1991. *Guide pratique de gynécologie*. Paris: Solar.

Rozenbaum H. 2002. "Il y a des raisons de poursuivre un traitement hormonal substitutif au-delà d'une durée de dix ans", *Gynécologie, obstétrique, fertilité*, 30(9): 723-732.

Rozenbaum H. et Birkhäuser M. 1996. "Propositions de consensus", in M. Birkhäuser et H. Rozenbaum (dir.), *La ménopause. Conférence européenne de consensus. Montreux-Suisse*, Paris: Eska, 293-303.

Rymer J., Wilson R. et Ballard K. 2003. "Making decisions about hormone replacement therapy", *British Medical Journal*, (326): 322-326.

Saillant F. et Boulianne M. 2003. *Transformations sociales, genre et santé: perspectives critiques et comparatives*. Québec: Presses de l'Université Laval.

Sarradon-Eck A. 2008. "Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique", *Ethnographiques.org*, (17). <http://www.ethnographiques.org/2008/Sarradon-Eck.html>

Schaison G. 1992. "Les médicaments substitutifs de la carence hormonale : les œstrogènes, les progestatifs", in C. Caulin, C. Chastan et D. Kunst (dir.), *Evaluation*

*des traitements de la ménopause. Comptes rendus de la première journée des progrès cliniques et thérapeutiques*, Paris: Springer-Verlag, 3-8.

Schmitz O. 2006. "Multiplicité des médecines et quêtes de soins dans les sociétés occidentales contemporaines", in O. Schmitz (dir.), *Les médecines en parallèle. Multiplicité des recours au soin en Occident* Paris: Karthala, 5-24.

Schnegg C. 2004. *Ménopause et andropause : matérialisation de deux sexes et configuration du genre. Mémoire de Licence en sciences sociales*. Université de Lausanne.

Schultheis F. 2005. *La comparaison interculturelle. Cours de DEA en sociologie*. Université de Genève.

Seaman B. et Seaman G. 1977. *Women and the crisis in sex hormones. Traduction française : Dossier hormones. De la contraception à la ménopause (1982)*. New York: Rawson.

Servan-Schreiber P. 1994. *La féminité. De la liberté au bonheur*. Paris: Stock.

Sévin A. et Kremer A. 1982. *La ménopause*. Paris: PUF.

Socpa A. 1995. *Les pharmacies de rue dans l'espace médical urbain. Emergence et déterminants des stratégies informelles d'accès aux médicaments à Douala. Thèse d'anthropologie*. Yaoundé: Université de Yaoundé I.

Soulière M. 2007. "Passages à risque. Regard anthropologique sur la notion de risque dans les cycles de vie", in H. Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux : Théories et méthodologie de l'intervention sociale. Tome 4*, Québec: Presses Universitaires du Québec, 73-96.

Sow F. et Bop C. 2004. *Notre corps, notre santé. La santé et la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne*. Paris: L'Harmattan.

SPPE (Service pour la promotion de l'égalité entre homme et femme du canton de Genève) 2011. *La représentation des femmes en politique. Données et historique pour la Suisse*. Genève.

Strauss A. 1992a. *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*. Paris: Métailié.

Strauss A. 1992b. *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: L'Harmattan.

Sullerot E. 1978. *Le fait féminin*. Paris: Editions du Club France Loisirs.

Tamborini A. 1987. *28 jours de la vie d'une femme. Le syndrome prémenstruel*. Paris: Robert Laffont.

Tchac S. 1999. *La sexualité féminine en Afrique*. Paris: L'Harmattan.

Thiriet M. et Képès S. 1986. *Femmes à 50 ans*. Paris: Le Seuil.

Thoër-Fabre C. 2005. *Ménopause et hormonothérapie, expériences et représentations des femmes baby-boomers. Thèse de doctorat*. Université du Québec à Montréal.

Thoër-Fabre C., Dufort F., Garnier C. et Beaulac Baillargeon L. 2007. "Perceptions profanes des risques associés à l'hormonothérapie : un "bricolage" des savoirs", *Sociologie Santé*, (26): 227-247.

Thoër-Fabre C., Garnier C. et Tremblay P. 2007. "Le médicament dans les sciences sociales. Une analyse documentaire d'un champ en construction", in J. Lévy et C. Garnier (dir.), *La chaîne des médicaments. Perspectives pluridisciplinaires*, Québec: Presses de l'Université du Québec, 19-84.

Thomas L. V. 1983. "La vieillesse en Afrique noire", *Communications*, 37(1): 69-87.

Travaillot Y. 1998. *Sociologie des pratiques d'entretien du corps*. Paris: PUF.

Unicef 2002. *Enfants et femmes du Cameroun. Analyse de la situation*. Yaoundé.

Van der Geest S. 1982. "The Efficiency of Inefficiency : Medicine Distribution in South Cameroon", *Social Science & Medicine*, 16: 2145-2153.

Van der Geest S. 1987. "Self-care and the Informal Sale of Drugs in South Cameroon", *Social Science and Medicine*, 25(3): 293-305.

Van der Geest S. et Reynolds Whyte S. 2003. "Popularité et scepticisme: opinions contrastées sur les médicaments", *Anthropologie et sociétés*, 27(2): 97-117.

Van Gennep A. 1981. *Les rites de passage*. Paris: Picard.

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

Vernazza-Licht N., Bley D., Ringa V. et Varnoux N. 2002. "Impacts des facteurs biologiques et socioculturels sur l'âge de la ménopause en France", in A. Guerci et S. Consigliere (dir.), *Vivere e curare la vecchiaia nel mondo*, Genova: Erga, 282-289.

Vigarelo G. 1993. *Le sain et le malsain: santé et mieux-être depuis le Moyen Âge*. Paris: Le Seuil.

Vigarelo G. 2004. *Histoire de la beauté. Le corps et l'art de l'embellir. De la Renaissance à nos jours*. Paris: Le Seuil.

Vigarelo G. et Holt R. 2005. "Le corps travaillé. Gymnastes et sportifs au XIXe siècle", in A. Corbin, J.-J. Courtine et G. Vigarelo (dir.), *Histoire du Corps. Vol 2. De la révolution à la grande guerre*, Paris: Le Seuil, 313-377.

Vigour C. 2005. *La comparaison dans les sciences sociales: pratiques et méthodes*. Paris: La Découverte.

Vincent J.-F. 1976. *Traditions et transition : Entretiens avec les femmes beti du Sud-Cameroun*. Paris: Berger Lenault.

Vincent J.-F. 2001. *Femmes beti entre deux mondes. Entretiens dans la forêt du Cameroun*. 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 les documents français contemporains", in A. Guerci et S. Consigliere (dir.), *Vivere e curare la vecchiaia nel mondo*, Genova: Erga, 326-337.

Vinel V. 2004a. "Ménopause et andropause à la lumière du «dispositif de sexualité»", *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, (13-14). <http://leportique.revues.org/index628.html>

Vinel V. 2004b. "La ménopause. Instabilité des affects et des pratiques en France", in F. Héritier et M. Xanthakou (dir.), *Corps et affects*, Paris: Odile Jacob,

Vinel V. 2005. *Des femmes et des lignages. Ethnologie des relations féminines au Burkina Faso (Moose, Sikoomse)*. Paris: L'Harmattan.

Vinel V. 2007. "Andropause et ménopause : Une comparaison des images de la vulgarisation médicale", in V. Vinel (dir.), *Féminin, masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales*, Strasbourg: Les cahiers du portique 4, 199-222.

Vinel V. 2008. "Pluralisme thérapeutique de femmes françaises en période de ménopause", *Revue Internationale sur le Médicament*, 2: 97-138.

Vinel-Long V. et Diasio N. 2006. "Ménopause", in B. Andrieu (dir.), *Le dictionnaire du corps en sciences humaines et sociales*, Paris: CNRS Editions, 309-310.

Vuaginaux R. 2007. *Activités des femmes en Suisse en comparaison européenne. Mémoire de DEA pluridisciplinaire en "études genre"*. Université de Genève-Université de Lausanne.

Vuille M., Rey S., Fussinger C. et Cresson G. 2006. "La santé est politique", *Nouvelles questions féministes*, 25(2): 4-15.

Weissman E. 2004. "Le corps qui lâche. Réflexions autour de la levée d'un tabou...", in P. Belot-Foucarde et D. Winaver (dir.), *La ménopause. Regards croisés entre gynécologues et psychanalistes*, Ramon Ville saint-Agne: Erès, 89-98.

Wiklund I. 1996. "Comment évaluer la "qualité de vie" en ménopause?", in M. Birkhäuser et H. Rozenbaum (dir.), *La ménopause. Conférence européenne de consensus, Montreux - Suisse*, Paris: Eska, 23-28.

Willbush J. 1980. *The female climateric*. Thesis: University of Oxford.

Winaver D. 1990. "La ménopause. Légendes et réalités", in A. Durandeu et C. Vasseur-Fauconnet (dir.), *Sexualité, mythes et culture*, Paris: L'Harmattan, 150-159.

Wogaing J. 2010. "De la quête à la consommation du médicament au Cameroun", *Revue Internationale sur le Médicament*, 3: 1-51.

Zemp Stutz E. 2004. "La médicalisation de la ménopause féminine", in OFSP (dir.), *Ostéoporose et chutes des personnes âgées. Une approche de santé publique*, 52-55.

Zola I.-K. 1990. "Culte de la santé et méfaits de la médicalisation", in L. Bozzini et al (dir.), *Médecine et société. Les années 80*, Montréal: Saint-Martin, 31-51.