UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

ÉCOLE DOCTORALE Sciences humaines et sociales

THÈSE présentée par :

Cécile CHARLAP

soutenue le : **7 juillet 2015**

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université de Strasbourg**

Discipline/ Spécialité : Sociologie

La fabrique de la ménopause
Genre, apprentissage et trajectoires

THÈSE dirigée par :

Monsieur LE BRETON David	Professeur, université de Strasbourg

RAPPORTEURS :

Monsieur CARADEC Vincent	Professeur, université de Lille 3
Madame VINEL Virginie	Professeur, université de Franche-Comté

AUTRES MEMBRES DU JURY :

Monsieur BESSIN Marc	Chargé de recherches, CNRS
Monsieur BOËTSCH Gilles	Directeur de recherches, CNRS
Madame DIASIO Nicoletta	Professeur, université de Strasbourg

« Il y a beau temps que notre physiologie de reproductrices ne nous obsède plus, plus aucune maintenant ne se soucie du nombre ou du sexe de sa descendance, ni de sa production mensuelle de sang, ni de l'âge de l'arrêt ovulaire, tout cela est fini, n-i-ni. Nous avons pris calmement le rythme de croisière de notre fémellité et avons entrepris de considérer ces choses comme de simples éléments parmi d'autres du déroulement matériel de notre existence »

Colette Guillaumin, *Sexe, Race et Pratique du pouvoir. L'idée de Nature*

Remerciements

Je voudrais remercier tout particulièrement David Le Breton pour avoir suivi mon travail. Son écoute bienveillante, ses conseils, sa rigueur et son soutien lors des moments de doutes m'ont accompagnée tout au long de ces années. Ce travail lui doit beaucoup.

Ce travail n'aurait pu voir le jour sans la participation des femmes que j'ai rencontrées et qui ont accepté de me raconter leurs expériences, souvent très intimes. Je tiens à leur exprimer toute ma gratitude.

Dans le cadre de mon doctorat, j'ai été honorée de recevoir le prix Observatoire Nivea/CNRS en 2010. Que ces institutions et les membres de l'Observatoire soient remerciés pour m'avoir permis de travailler de manière privilégiée.

Je remercie Vincent Caradec, Heather Dillaway et Virginie Vinel pour l'aide bibliographique qu'ils m'ont apportée au cours de mes réflexions.

Claire Lefrançois a relu mon travail. Je la remercie particulièrement pour ses judicieuses remarques et ses précieux conseils.

Merci au docteur Michèle Lachowski d'avoir éclairé ma compréhension de ce que la médecine nomme aujourd'hui « ménopause ».

Pour leur aide au cours de mon terrain, je remercie Charlotte, Claire, Cyril, Greg, Hadrien, Jenny, Julie, Nicolas et Roman.

Pour leur relecture attentive de mon travail aux diverses étapes de son avancement, tous mes remerciements à Bernard, Elisabeth, Kyra, Julie et Roman.

Je remercie le laboratoire Dynamiques Européennes pour son soutien tout au long de ce travail et les membres du laboratoire pour les riches échanges lors des séminaires.

Sommaire

Remerciements 5

Sommaire 7

Introduction générale 9

Chapitre I. La ménopause : état des lieux de la recherche 15

1. La question de la ménopause : constitution d'un objet de recherche 17

2. La ménopause: problématisation autour d'œuvre-clés 19

Chapitre II. Cadre théorique et méthodologique 111

1. Cadre théorique 113

2. Cadre méthodologique 124

3. Retour sur un terrain d'enquête 130

Chapitre III. La construction sociale de la ménopause : une production du genre 141

Introduction 143

1. Le discours médical au sujet de la ménopause, producteur du corps féminin et de sa physiologie 145

2. Le théâtre de la ménopause : la construction de la ménopause dans les relais culturels du discours médical 187

Conclusion du troisième chapitre 237

Chapitre IV. Normes de genre et usage du corps. Apprentissage et socialisation de la ménopause sociale à la ménopause physiologique 239

Introduction 241

1. De la ménopause sociale à la ménopause physiologique, un parcours d'apprentissage 243

2. La ménopause physiologique, produit de socialisation 291

Conclusion du quatrième chapitre 337

Chapitre V. Trajectoires de ménopause 339

Introduction 341

1. De la « trajectoire » comme concept opératoire dans le cadre de l'analyse de l'expérience de la ménopause 3433

2. Les facteurs influençant la trajectoire de ménopause 351

3. Typologie de trajectoires de ménopause 411

Conclusion du cinquième chapitre 421

Conclusion générale 423

Bibliographie 433

Annexes 451

Description des caractéristiques des interviewées 453

Guide d'entretien individuel 455

Guide d'entretien de groupe 45757

Planches d'illustrations 459

Table des matières 465

INTRODUCTION GÉNÉRALE

En mai 2014, la chaîne de télévision France 2 diffusait un téléfilm intitulé *Un si joli mensonge* dont le scénario mettait en scène une femme ménopausée, incarnée par l'actrice Corinne Touzet, face au désir d'enfant de son nouveau compagnon. Quelques temps après la diffusion du téléfilm, l'actrice expliquait dans un magazine : *« Que ce soit clair, je ne suis pas ménopausée ! J'avoue que voir en titre dans la presse sur internet "Corinne Touzet ménopausée" était un raccourci assez violent »*[1]. La réaction de l'actrice associe directement ménopause et violence. Ce faisant, elle met en jeu physiologie et rapport social. Qu'elle éprouve le besoin de signaler qu'elle n'est pas ménopausée et qu'elle a subi une forme de violence à voir son nom associé à la ménopause dans l'espace public implique, en effet, tout un réseau de significations, de représentations et d'interactions. La violence évoquée par l'actrice découle ainsi de rapports sociaux précis. Ces propos illustrent le fait que la physiologie, loin de constituer « une sorte de pureté, de virginité biologique qui la tiendrait hors de l'histoire, hors du social » (Le Breton, 1995, p. 111), est signifiée et informée par des rapports sociaux. Ce travail de thèse interroge précisément l'articulation entre ménopause et rapports sociaux.

Dans le contexte français, et plus largement occidental, la ménopause est définie comme « cessation de l'activité ovarienne chez la femme, naturellement accompagnée de l'arrêt définitif de l'ovulation et des règles ; époque où elle se produit »[2]. S'intéresser à la question de la ménopause implique ainsi d'interroger la physiologie. Or, ceci ne peut se faire sans questionner la production des corps et la construction des catégories (Verdier, 1979 ; Godelier, 1982 ; Tabet, 1985 ; Laqueur, 1992 ; Héritier, 1996). Dans notre contexte social, physiologie féminine et masculine sont différenciées : il existe un monde de la physiologie féminine et un monde de la physiologie masculine. Plus précisément, la physiologie est *a priori* pensée comme le substrat d'une dichotomie entre le sexe féminin et le sexe masculin dans une sorte de « *réification* des catégories de sexe *sur le biologique* » (Mathieu, 2013, p. 59). Cette construction est caractérisée par une dichotomie asymétrique entre physiologie féminine et physiologie masculine, la première pouvant être matrice de violence, comme nous venons de le voir. Interroger la ménopause demande ainsi de mettre au jour les représentations qui construisent les physiologies et, plus précisément, les questions de fécondité et de stérilité, en tant qu'elles sont des produits sociaux.

---

[1] Source : http://www.voici.fr/news-people/actu-people/la-precision-importante-de-corinne-touzet-que-ce-soit-clair-je-ne-suis-pas-menopausee-538313, consultée le 06.09.14
[2] Définition tirée du Dictionnaire *Le Robert*, 2010

Si la question de la ménopause engage la production des corps et des catégories, elle touche, ce faisant, au genre. Les recherches sur l'acquisition des rôles de sexe dans l'enfance analysent la manière dont on devient une fille ou un garçon. Elles soulignent la place primordiale du comportement différencié des adultes selon le sexe (Hurtig, 1982), des jouets (Zegaï, 2010), de la littérature pour enfants (Brugeilles, Cromer et Cromer, 2002 ; Détrez, 2005) dans cette acquisition au sein de notre contexte social. Elles mettent également en évidence la socialisation différenciée des physiologies (Verdier, 1979 ; Delaney *et al.,* 1988 ; Vinel, 2008a ; Mardon, 2009). Au-delà de l'enfance, on peut interroger les modalités de l'acquisition des rôles de sexe tout au long de la vie. Dans ce cadre, interroger la ménopause invite à se demander comment on devient une femme ménopausée, c'est-à-dire comment, à partir de la physiologie, le genre se produit et se reproduit à un autre moment que l'enfance.

Si, dans notre contexte social, physiologie féminine et masculine sont construites comme différentes et partant, hiérarchisées, c'est qu'un rapport de pouvoir les sous-tend. Or, « le pouvoir ne se donne pas, ni ne s'échange, ni ne se reprend, mais (…) il s'exerce et (…) il n'existe qu'en acte » (Foucault, 1997, p. 15). Les actes qui construisent la ménopause produisent ses significations, qu'ils prennent la forme de discours ou d'interactions. Aussi, c'est en se tournant vers ces actes que nous pourrons tenter de comprendre comment, dans notre contexte social, ménopause et rapports sociaux se nouent. En ce sens, analyser la construction sociale de la ménopause implique de s'intéresser à tous les acteurs qui en créent les significations.

En outre, si la ménopause est associée à la cessation de l'activité ovarienne et à la cessation des menstruations dans notre contexte social, cette définition est bien propre à notre culture. Les représentations associées à la ménopause ne sont, en effet, ni universelles ni figées (Beyene, 1989 ; Lock, 1993 ; Héritier, 1996 ; Vinel, 2007) : « d'une société à une autre, la caractérisation de la relation de l'homme à son corps et la définition des constituants de la chair de l'individu sont des données culturelles infiniment variables » (Le Breton, 2008, p. 122). Le signifié « ménopause » est, lui-même, culturellement et historiquement situé (Mac Pherson, 1981 ; Davis, 1986 ; Lock, 1993 ; Delanoë, 2001 ; Diasio, 2007). S'intéresser aux représentations de la ménopause invite tout à la fois à mettre en évidence les significations sociales de la ménopause propres à notre contexte du début du XXIe siècle et à comprendre comment ces significations sont réinterprétées par les individus.

Les représentations associées à la ménopause engagent, enfin, des pratiques précises et propres à chaque contexte social (Beyene, 1989 ; Lock, 1993 ; Héritier, 1996). Elles sous-

tendent des principes de régulation des corps, de leurs techniques et de leurs usages. Dans notre culture, ces représentations nourrissent un traitement social du corps féminin à la ménopause ancré dans un processus de médicalisation (Martin, 1987 ; Delanoë, 2001). Si « les sociétés reproduisent et socialisent le genre de corps dont elles ont besoin » (Scheper-Hughes et Lock, 1987, p. 11, notre traduction), il sera intéressant de comprendre à quel besoin répond la médicalisation de la ménopause. Nous toucherons, ce faisant, aux effets du traitement social de la ménopause sur l'expérience des femmes. Notre intention est ainsi de mettre au jour la production du corps ménopausé et de « déceler les logiques sociales et culturelles qui s'enchevêtrent à la corporéité » (Le Breton, 2008, p. 10). Si « le corps est une synecdoque pour le système social » (Butler, 2006, p. 253), il constitue un point d'entrée particulièrement pertinent pour éclairer des rapports sociaux à l'œuvre.

Ce travail de thèse interroge ainsi la fabrique de la ménopause. Pour ce faire, nous nous intéressons à la construction sociale de la ménopause, à son traitement social et à l'expérience des femmes dans le contexte actuel français. Nous allons analyser la ménopause, en tant que catégorie, comme production du genre. En tant qu'expérience, nous verrons que la ménopause est caractérisée par un apprentissage pour les femmes et qu'elle prend la forme d'une trajectoire. Notre réflexion se situe au croisement de plusieurs types de recherches. Elle s'inscrit dans le champ des recherches portant sur le genre et se nourrit des ouvrages fondateurs sur la question des rapports sociaux de sexe (Guillaumin, 1992 ; Wittig, 2001 ; Butler, 2006 ; Scott, 2012). Notre recherche est également héritière des travaux abordant la ménopause par la perspective de la médicalisation du corps des femmes (Mac Crea, 1983; Kaufert, 1982 ; Bell, 1987 ; Martin, 1987 ; Oudshoorn, 1994 ; Kérisit et Pennec, 2001 ; Löwy, 2006). Questionnant l'objectivité des sciences, et plus particulièrement des discours médicaux, notre approche se nourrit, en outre, de travaux de critique des sciences (Laqueur, 1992 ; Foucault, 1997 ; Dorlin, 2006 ; Haraway, 2009). Enfin, proposant d'enrichir les analyses de l'histoire du concept de ménopause, notre travail s'ancre dans le champ des recherches qui historicisent cette question (Mac Pherson, 1981 ; Delanoë, 2001 ; Diasio, 2007).

Nous proposerons, tout d'abord, un état des recherches sur la question de la ménopause. Ceci sera l'occasion de problématiser la ménopause en tant qu'objet de recherches dans les sciences sociales et d'approfondir les problématiques de travaux qui nourrissent la constitution de notre propre objet et de notre questionnement.

Nous exposerons, dans le deuxième chapitre, notre cadre théorique et méthodologique. Dans un premier temps, notre démarche théorique ancrée dans une perspective constructiviste et interactionniste sera précisée. Nous présenterons, dans un deuxième temps, le double matériau qui a nourri notre recherche : les discours sociaux portant sur la ménopause (discours médical, discours médiatique et publicitaire, discours psychanalytique) et 30 entretiens approfondis menés auprès de femmes ménopausées.

Le troisième chapitre sera consacré à la construction sociale de la ménopause. Nous nous intéresserons, tout d'abord, aux différents paradigmes qui ont sous-tendu la construction de la « cessation des menstrues », de l' « âge critique » et de la ménopause dans le discours médical en France, et plus largement en Europe et aux États-Unis, au fil des siècles. Nous montrerons que le genre participe de l'invention de la ménopause au XIXe siècle et de la construction actuelle de la ménopause. Nous aborderons, enfin, la mise en scène du discours médical dans ses relais culturels et verrons que les médias et la publicité en réalisent une dramaturgie.

Dans le quatrième chapitre, nous analyserons l'expérience de la ménopause comme un apprentissage. Nous appuyant sur les travaux de Becker (1985), nous tenterons de comprendre comment, de la ménopause sociale à la ménopause physiologique, on devient ménopausée. Avec pour objectif de « dénaturaliser » la ménopause, nous éclairerons la socialisation dont elle est le fruit et les interactions où s'en réalise l'apprentissage. Une forme de culture de ménopause informant les expériences des femmes se fera jour. Nous mettrons, tout d'abord, en évidence le caractère déterminant de la norme de la ménopause sociale, enjoignant les femmes à une déprise de la fécondité avant la stérilité physiologique. Nous évoquerons, ensuite, l'apprentissage à l'œuvre pour les femmes dans l'expérience de la ménopause physiologique en interaction avec différentes figures : le médecin et les pairs.

Nous consacrerons le cinquième chapitre à l'analyse de l'expérience de la ménopause en tant que trajectoire (Strauss, 1992a). Loin d'être un évènement, la ménopause est un processus dynamique, informé par des rapports sociaux et fruit de représentations et d'interactions. La trajectoire de ménopause est influencée par différents facteurs qui fonctionnent comme confirmation, déstabilisation ou infirmation de la réalité subjective des femmes. Les quatre facteurs participant de la construction de la réalité subjective des femmes à la ménopause seront mis en lumière : le calendrier de fécondité et de stérilité de chaque femme, les représentations associées au corps et à ses manifestations à la ménopause, le partage de l'univers de signification avec le médecin et le partage de l'univers de signification avec

l'autrui significatif. Cette analyse mettra en lumière l'hétérogénéité des expériences des femmes à la ménopause.

CHAPITRE I. LA MENOPAUSE : ETAT DES LIEUX DE LA RECHERCHE

1. La question de la ménopause : constitution d'un objet de recherche

La prise en compte de la question de la ménopause dans les sciences sociales a une histoire. Jusque dans les années 1980, certains anthropologues ont, certes, évoqué cette question et la manière dont elle est traitée dans certains contextes sociaux, mais de manière annexe. L'objet « ménopause » s'intègre alors dans le cadre de recherches plus larges, ayant pour but la description de structures de pensée et de pouvoir de certaines sociétés. C'est le cas dans les travaux de Margaret Mead sur la société balinaise (Mead, 1966) et dans ceux de Georges Devereux sur les femmes mohaves (Devereux, 1950). Maurice Godelier aborde aussi la question de la ménopause dans *La production des Grands Hommes* (1982) ainsi que Louis-Vincent Thomas dans son article « La vieillesse en Afrique noire » (1983). Dans ces textes, la ménopause apparaît au sein d'une analyse dont elle ne constitue pas l'objet premier, mais un des nombreux paramètres permettant aux chercheurs de comprendre un espace social particulier.

Les années 1980 marquent le début de l'exploration de la ménopause en tant qu'objet d'étude à part entière, en Amérique du Nord, tout d'abord. Hormis l'article de Maryvonne Gognalons-Caillard, « Les femmes face au vieillissement » (1978), les premières recherches sur la question de la ménopause en France datent de la fin des années 1990. Les travaux prennent la forme d'exploration des représentations associées à la ménopause, des expériences et des pratiques au sein d'une culture donnée. Des recherches, des thèses et des articles s'intéressent à la question de la ménopause sur les différents continents. Les anthropologues et sociologues mettent en évidence la construction sociale de la ménopause et analysent la manière dont les femmes vivent cette expérience au sein de différents contextes culturels, tels qu'un village de pêcheurs de Terre-Neuve (Davis, 1986), l'Afrique du Sud (Du Toit, 1988), la tribu Beti au Cameroun (Vincent, 2003), la France (Delanoë, 2001 ; Thöer-Fabre, 2005 ; Vinel, 2004, 2008).

Certains chercheurs choisissent le prisme de la comparaison. Ils mettent au jour des systèmes de représentations et de pratiques différents à l'endroit de la ménopause. Margaret Lock compare ainsi l'expérience des américaines et des japonaises (Lock, 1993). Josiane

Mbarga celle des Camerounaises de la tribu beti et des femmes de Suisse romande (Mbarga, 2010, 2014). La perspective comparativiste se double d'un questionnement de la ménopause à l'aune de l'interculturalité dans un article de Chilla Bulbeck portant sur l'expérience et les représentations associées à la ménopause chez des femmes immigrées d'origines chinoise et indienne en Australie (Bulbeck, 2001).

D'autres recherches sont menées avec une perspective transverse, interrogeant la vie physiologique des femmes des ménarches à la ménopause dans différents contextes culturels : chez des femmes mayas du Yucatan au Mexique et des rurales grecques de l'île d'Evia (Beyene, 1989), au Maroc (Guessous, 2000). Certains sociologues proposent, également, une analyse de la ménopause en historicisant cette question (Mac Pherson, 1981 ; Delanoë, 2001 ; Diasio, 2002a, 2007).

Depuis les années 1980, des chercheurs féministes, anthropologues et sociologues, abordent la ménopause par le prisme de la médicalisation du corps des femmes, notamment en Amérique du Nord. La ménopause est ainsi appréhendée comme le lieu de lutte politique et d'intérêts financiers majeurs (Mac Crea, 1983 ; Oudshoorn, 1994). Emily Martin (1987) analyse comment le discours et les pratiques médicales, et notamment gynécologiques, jouent un rôle dans le processus de pouvoir sur le corps des femmes. Certains travaux examinent les mécanismes qui sous-tendent la médicalisation de la ménopause et ses conséquences pour les femmes (Kaufert, 1982, 1988; Bell, 1987 ; Lock, 1998 ; Lock et Kaufert, 2001 ; Kérisit et Pennec, 2001). D'autres recherches abordent l'hormonothérapie en tant que pratique sociale de contrôle du corps féminin (Löwy et Gaudillière, 2004). La ménopause est désormais appréhendée à l'aune du genre (Gardey et Löwy, 2000 ; Löwy, 2006 ; Diasio, 2012). La question de la construction de la ménopause par le féminisme américain est également l'objet de recherches (Kaufert, 1982 ; Leng, 1996 ; Löwy, 2005). Enfin, si la ménopause est largement analysée à partir de la physiologie, quelques recherches interrogent la notion de ménopause sociale et mettent ce processus en évidence dans certaines cultures (Verdier, 1979 ; Vinel, 2007).

Nous proposons maintenant de présenter ces travaux, lesquels constituent des analyses essentielles dans le champ de recherches portant sur la question de la ménopause. Nous allons ainsi approfondir notre problématique autour de ces œuvres-clés.

2. La ménopause : problématisation autour d'œuvre-clés

Nous mettons en lumière les recherches, leur objet, leur méthode et leurs résultats afin d'analyser les enjeux qu'elles soulèvent au sujet de la question de la ménopause. Cette présentation d'œuvres-clés a également un but heuristique car elles nourrissent notre propre problématique.

2.1 Une femme « comme un homme » : la cessation des menstruations au cœur des rapports sociaux de sexe

Dans plusieurs recherches, un lien ténu entre cessation des menstruations et rapports sociaux de sexe est mis en lumière. Les anthropologues appréhendent ainsi le sang menstruel et la fin de son écoulement comme éléments déterminants pour comprendre la place des femmes dans des sociétés à forte domination masculine : les représentations des menstruations et de leur cessation y mettent en jeu les catégories du féminin et du masculin et, partant, la question du pouvoir.

Dans son analyse de la domination masculine chez les Baruya de Nouvelle-Guinée, Maurice Godelier évoque la question de la ménopause en tant qu'elle constitue un élément de rupture dans le cycle de cette domination (Godelier, 1982). Dans le contexte social baruya, en effet, « l'autorité des femmes grandit quand elles n'ont plus ces écoulements menstruels qui constituent une menace pour les hommes » (Godelier, 1982, p. 250). Cette cessation confère aux femmes « des libertés de parole et d'action que les femmes en âge de procréer ne peuvent pas s'arroger » (*Ibid.,* p. 250). Plus particulièrement, Godelier montre que les femmes baruya dégagées du sang menaçant pouvaient faire autorité dans « le jeu de la guerre » (*Ibid.,* p. 251) et arrêter un « aoulatta », ce Grand Guerrier qui « s'apprêtait à rompre la trêve conclue avec une tribu ennemie » (*Ibid.*). Pour comprendre pourquoi l'arrêt des règles engendre un changement de statut social pour les femmes chez les Baruya, il faut revenir à la manière dont ils perçoivent le sang menstruel. L'idée même du sang menstruel provoque chez eux « une attitude presque hystérique, faite d'un mélange de dégoût, de répulsion et surtout de peur » (*Ibid.,* p. 99). Les Baruya considèrent ce sang comme « une substance sale, qu'ils mettent du côté des autres substances polluantes et répugnantes que sont l'urine et les matières fécales » (*Ibid.*). Les menstruations représentent une menace au sein du système de domination

masculine : ce flux « détruirait la force des hommes s'il entrait en contact avec leur corps » (*Ibid.*). Le danger lié au sang menstruel repose, aux yeux des Baruya, sur son pouvoir létal qui « constitue une menace permanente contre leur force, leur puissance vitale, contre ce qui fonde leur domination sociale » (*Ibid.,* p. 101). En découle une ségrégation sociale structurante, faite d'interdits et de confinements, qui sépare les femmes en période de menstruation du reste du corps social. Du fait du tabou lié au sang menstruel, les femmes à la ménopause sont perçues comme dégagées du danger constitué par ce flux néfaste. Elles ne sont plus une menace dans l'ordre de la domination et peuvent, de ce fait même, entrer dans la logique du pouvoir. La portée de ce pouvoir au sein de la structure sociale des Baruya ne s'appréhende qu'à l'aune de celui de « l'aoulatta ». Celui-ci est un Grand Guerrier qui « sur le champ de bataille, s'avance seul vers la ligne ennemie (…) et qui affronte au corps à corps les guerriers acceptant de se mesurer à lui » (*Ibid.,* p. 168). La position sociale de ce guerrier et ses hauts-faits lui confèrent pouvoir et prestige dans l'espace social : « son autorité prenait donc source dans sa bravoure et dans la crainte que celle-ci inspirait, et par-là son prestige se transformait en pouvoir social » (*Ibid.,* p. 174). C'est à cette figure de pouvoir et d'autorité que les femmes désormais sans menstruations ont la capacité de faire face, pouvant aller jusqu'à arrêter le bras droit d'un aoulatta s'apprêtant à fracasser « le crâne d'un membre de cette tribu venue rendre visite à des Baruya » (*Ibid.,* p. 251), en signe de fin de trêve. Les travaux de Godelier permettent de comprendre comment la question de la cessation des règles est mise en sens au sein d'un système de représentations qui fait du sang menstruel un danger. Sa cessation catalyse un changement de statut pour les femmes. Le pouvoir accordé aux femmes dégagées des menstruations acquiert une portée sociale importante.

Le pouvoir des femmes ménopausées est également au cœur de l'analyse que Françoise Héritier mène au sujet des indiens Piegan canadiens. L'anthropologue observe, en effet, qu'à partir du moment où les femmes richement mariées ne sont plus menstruées, elles peuvent devenir « femmes à cœur d'homme » (Héritier, 1996, p. 251). Dans cette société patriarcale, où « le comportement féminin idéal est fait de soumission, réserve, douceur, pudeur et humilité » (*Ibid.,* p. 226), un certain type de femmes ne se comporte pas comme tel : les femmes à cœur d'homme. Loin du canon de féminité, ces femmes font preuve d' « agressivité, crânerie et hardiesse. Elles n'ont pas de retenue, ni en paroles, ni en actes : certaines urinent publiquement, comme des hommes, chantent des chants d'hommes, interviennent dans les conversations masculines » (*Ibid.*). Pour être reconnue comme telle, la femme doit être riche, mariée et ménopausée. Alors a-t-elle le droit « comme les hommes,

d'organiser des danses du soleil et de participer aux jugements par ordalie» (*Ibid.*). Ces femmes sont caractérisées par la puissance et l'autonomie : « elles conduisent leurs propres affaires sans interférence ni appui des hommes. (…) Elles ne craignent pas, en cas d'adultère d'être traînées sur la place publique, car on les accuse d'être promptes à se défendre par sorcellerie » (*Ibid.*). À proprement parler, « elles ont la ''force'' » (*Ibid.*). Chez les Piegan, l'arrêt des règles a pour effet de faire passer ces femmes hors de la catégorie du féminin dans les représentations et d'ancrer leurs pratiques du côté du masculin. La cessation des menstruations fait donc jouer les catégories du féminin et du masculin.

Dans ses recherches sur les Lobi au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire, Michèle Cros met également en évidence un changement de statut des femmes à partir de la ménopause (Cros, 1990). Cros observe que les Lobi expliquent la cessation de la fertilité par l'usure des « principaux opérateurs de la vie sexuelle (Cros, 1990, p. 167) : les reins. Au terme de la vie génésique, ceux-ci se retrouveraient « usés, rouillés, n'arrivant plus à s'entrouvrir et obstruant ce faisant tout écoulement dans l'utérus voisin » (*Ibid.*). Les femmes ménopausées possèdent une position sociale spécifique et peuvent endosser des rôles proscrits aux femmes menstruées : « l'opératrice [de l'excision] et l'accoucheuse traditionnelle sont toujours d'âge mûr. Elles ont passé la ménopause, donc elles sont en droit d'exercer maintes fonctions qui jusque-là leur étaient interdites » (*Ibid.,* p. 77). Toutefois, seules les femmes ménopausées qui ont eu des enfants peuvent accéder à un nouveau statut et de nouvelles fonctions, telles que façonner des objets sacrés, placés aux pieds des autels : si elles étaient encore menstruées, elles seraient rendues stériles par le sang des sacrifices qui coule sur ces objets sacrés. Ménopausée, « la femme acquiert une position sociale qui la rapproche considérablement, surtout au niveau religieux, de la communauté masculine » (*Ibid.,* p. 78). Lorsqu'elles ne sont plus menstruées, les femmes deviennent à la fois invulnérables et inoffensives. Invulnérables, d'une part, parce qu'avec la cessation définitive des menstruations, les femmes n'ont plus à craindre d'aménorrhées-sanctions résultant de leur inconduite : « dans la mesure où le flux menstruel est déjà tari, il devient inutile d'agiter le spectre de la stérilité » (*Ibid.*). Les femmes ménopausées sont, d'autre part, devenues inoffensives car « le ''retour d'âge'' constitue la certitude de se retrouver à l'abri de toute pollution menstruelle, génératrice potentielle de grands désordres » (*Ibid.*). Les outils cultuels utilisés par les hommes sont, en effet, pensés comme particulièrement sensibles au sang menstruel et interdits aux femmes menstruées. Ils deviennent autorisés pour les femmes ménopausées et « de fait et sans risque, la femme ménopausée participe à des repas sacrificiels, confectionne des poteries d'autels, entre dans la

chambre des *thila* les plus puissants… c'est-à-dire prend une part fort active au mécanisme social de la reproduction » (*Ibid.*). L'anthropologue note également la levée de tabous alimentaires à l'endroit de la femme ménopausée, « parce qu'elle n'a plus à craindre pour sa fécondité » (*Ibid.,* p. 170). Surtout, le remaniement physiologique à la ménopause entraîne un remaniement de sexe : « une femme ménopausée, ce n'est plus une véritable femme ; ''c'est comme un homme'' disent les Lobi» (*Ibid.,* p. 171). Ainsi, à la ménopause, les femmes endossent « une position intermédiaire » (*Ibid.,* p. 170). L'anthropologue souligne « l'ambiguïté de son statut, inhérent au flou relatif de son identité sexuée » (*Ibid.*) : elle est perçue comme un homme, mais elle n'est pas un homme. « Est donc bien soulignée la persistance d'une différence sociale, certes amoindrie, dont le ''comme'' témoigne avec éloquence » (*Ibid.,* p. 171). Ainsi, même ménopausées, les femmes ne doivent pas faire de sacrifices, qui restent une pratique exclusivement masculine.

Une logique de moindre dangerosité des femmes ménopausées est également mise en évidence par Claudie Haxaire chez les Gouro, en Côte-d'Ivoire, où « le sang, pense-t-on, a une force proportionnelle à sa quantité et à sa fraîcheur. Ainsi la vieillesse ou les maladies assèchent-elles le corps » (Haxaire, 2003, p. 115). À la ménopause, les femmes sont perçues comme moins fortes, et partant, moins dangereuses que pendant leur période de fertilité. Aussi, « dès la ménopause, elles peuvent participer à certains sacrifices aux ancêtres, mais non à ceux du bois sacré, et, jadis, pouvaient soigner les grands blessés, maintenus en quarantaine dans des abris hors du village, puisqu'elles ne les mettaient pas en danger » (*Ibid.,* p. 114).

La logique fraîcheur/chaleur associée au sang menstruel et à sa cessation se retrouve chez les Manjako, en Guinée-Bissau, étudiés par Margaret Buckner. L'anthropologue souligne le lien entre l'usage d'une certaine cloche par les femmes pour accompagner des danses et la question de la fécondité : les femmes peuvent en jouer uniquement « avant et après leurs années de fécondité. Les jeunes filles non mariées en jouent lors du *mcagra,* où leur beauté et leur jeunesse éclatent au grand jour devant tout le village rassemblé. Les femmes déjà ménopausées, quant à elles, en jouent lors de cérémonies de noces ou de réunions amicales, mais tôt le matin ou tard dans la nuit » (Buckner, 2004, pp. 221-222). Cette distribution de l'usage de la cloche se comprend à l'aune de la dynamique de la chaleur : « si la cloche est un instrument de musique, elle est aussi un objet en fer, forgé dans le feu » (*Ibid.,* p. 225). Ne peuvent en faire l'usage que des individus considérés comme « chauds » : « les femmes manjako ne jouent de la cloche qu'avant le mariage et après la ménopause ; or cela

correspond aux moments de leur vie où elles sont inféconds, donc chaudes. Et, lorsqu'elles en jouent, elles sont accompagnées soit d'un tambour, c'est-à-dire d'un instrument d'homme, soit d'une demi-calebasse renversée à même le sol, et non sur l'eau comme pour les femmes ''fraîches'' en âge d'enfanter » (*Ibid.*).

Des recherches de Jeanne-Françoise Vincent sur les femmes de la tribu Beti au Cameroun dans les années 1970, il ressort que la ménopause signe l'arrêt de la soumission d'ordre sexuel pour les femmes dans cette société patriarcale : « toute épouse n'ayant plus ses règles arrête de coucher avec son mari auquel elle réclame une chambre ou au moins un lit séparé. Cette situation doit être acceptée par le mari » (Vincent, 2003, p. 131). Dégagées du devoir de reproduction, les femmes acquièrent, en outre, une voix plus autorisée : « l'arrivée de leur ménopause est pour les femmes - dont la volonté parvient mal à se faire entendre dans d'autres domaines - le moyen d'imposer aux hommes leur volonté de ''ne plus se faire employer'' et de mener ainsi leur propre vie » (*Ibid.*). Ce changement s'inscrit dans le langage, qui nomme « la femme ménopausée de façon valorisante et la désigne comme ''femme importante, femme accomplie'' *nya mininga* » (*Ibid.,* p. 132). Le fait d'être ménopausée est, en outre, une condition d'accession à des fonctions de pouvoir, telles que devenir femme-chef au sein des sociétés secrètes des femmes beti : ce rôle fait de la femme qui l'endosse un personnage éminent, doté de responsabilités fortes et d'un pouvoir réel. La culture beti construit la ménopause comme le début d'une période « d'initiative et de développement » (*Ibid.,* p. 134). Ainsi, la ménopause marque « le début d'une période nouvelle durant laquelle les femmes peuvent exercer, elles aussi, un pouvoir qui les valorise et leur permet de devenir les égales des hommes » (*Ibid.*). Cette transformation de statut est suivie d'une efficacité sociale.

Les analyses de Jeanne-Françoise Vincent ont été enrichies par celles de Josiane Mbarga (2010). Mbarga précise les nouveaux rôles dévolus aux femmes ménopausées dans la société beti traditionnelle : parce qu'elles sont désormais perçues comme des « femmes-hommes », les femmes ménopausées « assistent au tribunal coutumier et sont consultées pour la gestion des conflits familiaux ou fonciers » (Mbarga, 2010, p. 80). Elles participent à certains rites majeurs. Une femme ménopausée est ainsi responsable du « Mevungu », rite des temps difficiles pour le groupe, lequel permettait de ramener « la fécondité, la santé, la prospérité et assurait le bien-être économique » (*Ibid.,* p. 86). Certaines fonctions sociales sont également dévolues aux femmes ménopausées, parce qu'elles ne sont plus souillées par le sang menstruel : elles ont le pouvoir de soigner les autres femmes et les enfants, ainsi que d'assister

l'accouchement des femmes. En outre, elles jouissent d'une levée d'interdits alimentaires : alors que reptiles, viande de chauve-souris et tortues sont interdites aux femmes en âge de procréer du fait de leur potentielle nocivité sur la progéniture, les femmes ménopausées sont dispensées de suivre ces interdits.

Le fait que les femmes soient soumises à des tabous différents en fonction de leur état (menstruées ou ménopausées) et que des pratiques sociales renouvelées en découlent a été mis en évidence par d'autres anthropologues dans différents contextes culturels. Margaret Mead rapporte ainsi qu'à Bali, « lors de la ménopause se produit un changement profond et irréversible » (Mead, 1966, p. 167) pour les femmes, au cœur duquel se joue la question de l'impureté : « lorsque la fécondité est considérée comme plus ou moins impure et empêche les femmes d'assister à certaines cérémonies à Bali, la femme qui a franchi la ménopause et la jeune fille vierge s'occupent ensemble de certains rites d'où sont exclues les femmes en âge d'avoir des enfants. Lorsqu'une certaine réserve de langage et de tenue est imposée au sexe féminin, les femmes d'un certain âge peuvent, elles, tenir des propos obscènes aussi librement et même plus librement que les hommes » (*Ibid.*). Louis-Vincent Thomas observe, pour sa part, que chez les Lemba au Zimbabwe l'« on dit qu'après la ménopause la femme est admise dans le circuit masculin ; elle joue alors, libérée des tabous féminins, un rôle capital dans les affaires de la tribu ; mieux encore, elle prend souvent place dans la case à droite alors que le côté droit, interdit même aux femmes procréatrices, est réservé aux hommes » (Thomas, 1983, p. 72). Les indiennes d'Afrique du Sud rencontrées par Brian du Toit soulignent, quant à elles, l'avantage que constitue la ménopause dans une communauté marquée par des interdits pour les femmes menstruées : elles peuvent désormais prier, allumer les lampes indoues, aller à la mosquée et participer à la préparation des morts. De ce fait, « elles éprouvent un sentiment de soulagement car elles peuvent désormais prendre pleinement part à la religion et aux rituels que ce soit dans le foyer ou à la mosquée » (Du Toit, 1988, pp. 402-403, notre traduction).

Dans l'article « Le redoutable sexe opposé », Anoko Ngoundoung montre que la ménopause constitue un épisode majeur pour les femmes chez les Tikar du village de Nditam au Cameroun central où « la société prend surtout en compte leur corps, leur estomac, leur utérus, leur fécondité, indispensable à la survie du groupe » (Anoko Ngoundoung, *in* Jonckers *et al.,* 2000, p. 224). Dans ce contexte social, le sexe des femmes, dépositaire de la fécondité, nourrit l'imaginaire de férocité associé au féminin, auxquel les hommes prêtent une puissance maléfique. Ceci transparaît dans leur usage du terme *loeng*, c'est-à-dire « sorcellerie des femmes » : « les hommes se représentent ce phénomène comme le passage dans le ciel d'une

comète ou d'une étoile filante. Ils pensent que ces corps célestes sont libérés par le sexe des femmes et dirigés contre eux. Ils se racontent que les femmes, (…) après s'être concertées, écartent grandement les jambes et libèrent la puissance maléfique sous forme d'étoile filante. En temps normal, ces monstres reposent tranquillement au fond de leur lit vaginal. Chacune de leurs sorties est motivée par la volonté féminine d'anéantir l'ensemble des activités masculines à savoir la chasse, la pêche ou la cueillette de noix de palmier » (*Ibid.,* p. 225). Attaquant les hommes sans raison, les femmes tikar sont assimilées à des sorcières dont les hommes doivent conjurer les sorts. La femme est rattachée « à tout ce qui a trait à l'instabilité, à la confusion et à l'irrégularité. Par son sexe, elle génère les éléments du cosmos et à travers sa fécondité, elle assure le lien entre le monde des vivants et celui des esprits » (*Ibid.,* p. 226).

Dans ce système de pensée, la ménopause constitue une rupture dans les représentations associées aux femmes et leur place au sein de l'espace social : « pendant la première partie de leur vie, les femmes sont l'objet de nombreuses prescriptions sociales déterminant des codes de conduite assez restrictifs. Après la ménopause, elles connaissent un nouveau statut social, enviable, lorsqu'elles quittent la catégorie des femmes sexuellement actives pour acquérir le statut de *mwunkeng*, d' ''ancienne''. Elles sont alors craintes et respectées par l'ensemble de la communauté villageoise » (*Ibid.,* p. 221). Les femmes en période de fécondité sont frappées d'interdits alimentaires : « parce qu'elle est appelée à procréer, la femme ne doit pas manger certaines espèces de poisson d'eau douce, (…), de peur que son futur enfant ne souffre continuellement de bronchite » (*Ibid.,* p. 223). Quant aux femmes enceintes, elles ne doivent pas consommer « tout ce qui est de la catégorie du ''sucré'', comme la canne à sure, les papayes, les oranges et autres agrumes » (*Ibid.*), ce qui détruirait le fœtus et la mère. Ces interdits ne concernent plus les femmes à la ménopause. Celles-ci changent de statut, ce qui transparaît dans la manière dont elles sont désignées. On leur associe le nom d'homme : « si elle est ''homme'', cela veut dire qu'elle a quitté la catégorie de celles qui peuvent donner la vie et assurer la continuation de la lignée. Elle est (…) désormais exclue du groupe de celles qui peuvent donner la vie ainsi que des causeries dans l'intimité des cuisines et des vérandas » (*Ibid.,* p. 227) En outre, la ménopause est marquée par la cessation des relations sexuelles pour les femmes. Parce que la ménopause s'assimile à une nouvelle virginité, la femme qui continuerait à avoir une activité sexuelle « sera atteinte de la maladie *sweu* qui survient après une défloration pré-pubertère. Comme une adolescente, elle s'affaiblit, pâlit, s'amaigrit et, dans des cas très graves, peut mourir » (*Ibid.*). Est associé aux femmes ménopausées le « statut social le plus envié, celui des personnes âgées. Il caractérise le groupe de ceux qui

détiennent les secrets de la tradition, ou qui peuvent les recevoir. Ils sont craints, respectés et obéis par toute la société » (*Ibid.*). Ménopausées, les femmes ont ainsi accès aux mascarades et rituels interdits aux femmes en période de reproduction. La ménopause est l'occasion pour les femmes de participer à la préparation des masques pour les cérémonies liées à ces esprits de la forêt fondateurs de la culture. Alors que les femmes en période de fécondité ne doivent ni approcher les masques ni les regarder en face, au risque de voir leurs menstruations s'arrêter et de devenir stériles, la femme ménopausée « assiste à la préparation de la sortie de masques, danse à côté de ceux-ci et partage le repas de clôture de la mascarade » (*Ibid.,* p. 229). Du fait du pouvoir des femmes ménopausées au sein de l'espace social, l'ethnologue estime que « la ménopause n'est pas seulement vécue comme quelque chose d'individuel ; elle interpelle l'ensemble de la société » (*Ibid.,* p. 228).

Ces recherches donnent à voir des contextes sociaux qui construisent la ménopause comme un processus de changement de statut pour les femmes au sein de systèmes de domination masculine : cette transformation dessert l'étau de la domination. Mettant en jeu les représentations du sang menstruel, la ménopause touche, dans le même temps, la question de la frontière du féminin et du masculin, et, ce faisant, celle des rapports sociaux de sexe.

Comme l'analyse Françoise Héritier à propos des Samo de Haute Volta (actuel Burkina-Faso), le changement de statut pour les femmes à la ménopause s'actualise également dans d'autres formes de traitement qu'une habilitation des femmes qui ne sont plus menstruées. Pour comprendre la manière dont est pensée la ménopause dans la culture samo, il faut revenir aux représentations associées au sang menstruel qui la déterminent. Dans le système de pensée samo, la chaleur masculine est opposé à la froideur féminine : « l'homme est chaud, parce qu'il produit sans cesse de la chaleur, en produisant du sang » (Héritier, 1996, p. 82). Au contraire d'une femme, l'homme ne perd pas ce sang et « si les femmes sont considérées comme froides, c'est (…) parce qu'elles perdent du sang » (Héritier, 2010, p. 137). À deux périodes, toutefois, les femmes sont perçues comme plus chaudes, et, ce faisant, plus proches du masculin : quand le sang des menstruations ne s'écoule pas, c'est-à-dire avant les ménarches et après la ménopause. S'intéressant aux actes qui mettent en danger la communauté, l'anthropologue remarque également que le comportement sexuel des femmes ménopausées est l'objet d'une régulation : poursuivre une activité sexuelle quand on est une femme ménopausée et alors que la génération de ses petits-enfants entre dans la vie reproductive est perçu comme « un manquement aux normes collectives susceptible

d'entraîner le malheur » (*Ibid.,* p. 149). En effet, avec un tel comportement, une femme « coupe net toute chance de procréer pour ces derniers, car elle détourne à son profit la vitalité du groupe familial » (*Ibid.,* p. 150). Pour les Samo, ce comportement constitue « un court-circuit dans l'ordre normal des générations » (*Ibid.*). Au cœur de cette absence de conformité se situe la chaleur attribuée à l'acte commis et le danger attribué à cette chaleur : les femmes ménopausées sont dangereuses, parce qu'elles ne perdent plus de chaleur. Elles se trouvent alors « dans une position scandaleuse, parce qu'elles se comportent apparemment comme des hommes, à cela près qu'elles ne produisent pas elles-mêmes de chaleur, mais se contentent de l'accumuler. C'est la raison pour laquelle elles sont dangereuses ou en danger. La femme sans règles représente l'anormalité maximale » (Héritier, 1996, p. 84). De ce fait, celles « qui continuent d'avoir des rapports sexuels sont soupçonnées de devenir des sorcières ou d'avoir des comportements nocifs à l'égard surtout de leurs coépouses, particulièrement quand celles-ci sont enceintes. (…) leur simple présence ou leur contact est irradiant au sens propre et peut tuer ou faire avorter » (Héritier, 2010, p. 138). Dans ce contexte social, des représentations de danger sont associées aux femmes ménopausées, perçues comme une menace pour l'ordre des choses. Loin de constituer une brèche dans un système de domination masculine comme c'est le cas dans les cultures étudiées par Godelier ou Cros, l'arrêt des menstruations à la ménopause confère ici aux femmes une place liminaire et dangereuse.

Nous retenons de ces différentes recherches que la question de la ménopause met en jeu les représentations associées au sang menstruel ainsi que les rapports sociaux de sexe. La participation à l'ordre des choses, en termes pratique et symbolique, connaît un changement à partir de la cessation de l'écoulement du sang menstruel et de la fertilité. On ne peut, cependant, mettre en lumière une forme de traitement invariant des femmes à partir de la ménopause : gain en termes de pouvoir chez certaines, figure du désordre pour d'autres, le statut des femmes ménopausées n'est pas univoque. Au-delà des différences, en termes de représentations et de pratiques, l'élément à retenir est que le traitement social de la ménopause et l'expérience qui en découle pour les femmes dépendent des représentations liées à un élément structurant de ces systèmes de pensée : le sang menstruel. Son écoulement et sa disparition sont au cœur de ce qui se joue pour le système social. Il nous faudra donc comprendre dans quelle mesure ce processus fonctionne comme opérateur d'un changement de statut dans notre contexte social.

Ces recherches analysent les changements qui opèrent chez les femmes après que la cessation des menstruations soit effective: le processus de cessation du sang menstruel en tant que tel ne semble pas être l'objet d'une socialisation (ou alors les chercheurs ne l'indiquent pas). Nous aurons donc à interroger la mise en sens du « moment ''ménopause'' » spécifique à notre culture et ce qu'elle signifie en termes de représentations du corps féminin et de la place des femmes.

Nous nous éloignons d'une typologie qui présenterait la ménopause dans ces cultures en termes d'accès à un statut « positif » ou « négatif » pour les femmes à la ménopause, comme proposé par Delanoë (2001). D'une part, parce que la ménopause ne détermine pas à elle seule la place de des femmes : la place d'un individu au sein d'un espace social dépend de paramètres autres tels que sa filiation, son patrimoine, sa condition physique, etc. D'autre part, parce que, prenant appui sur la problématique du genre, il nous semble important de soulever le fait que les notions de « positif » et « négatif » ne signifient rien en soi : que signifie le fait que la ménopause donne aux femmes béti du Cameroun plus de pouvoir ? Si elles ne sont plus assujetties au travail de reproduction, ces femmes ménopausées n'en sont-elles pas moins soumises à des rapports sociaux en leur défaveur dans cette société patriarcale ? Il nous semble difficile de le qualifier de « positif » quand, de facto, le statut des femmes reste minoré par rapport à celui des hommes. En outre, si Jeanne-Françoise Vincent met en évidence que c'est à partir de la ménopause que les femmes beti peuvent devenir femme-chef, toutes les femmes à partir de la ménopause n'accèdent pas à cette fonction. De ce fait, nous souhaitons nous démarquer d'une mythification des normes et pratiques des cultures traditionnelles. En ce sens, nous suivons l'analyse de Patricia Kaufert qui estime qu'« on a utilisé le témoignage anthropologique pour poser des jugements trop positifs au sujet de la position des femmes dans les sociétés traditionnelles » (Kaufert, 1982, pp. 145-146, notre traduction) et qu'il ne faut pas se laisser aller à la tentation de « romancer » l'expérience de la ménopause. Kaufert argumente cette assertion en proposant de traiter les données anthropologiques avec toute la nuance qu'elles requièrent : « il est vrai que dans certaines sociétés paysannes, des positions de pouvoir et de prestige sont ouvertes aux femmes âgées. Néanmoins, parvenir à de telles positions nécessite d'avoir élevé des enfants. Le mariage accroît le nombre de membres et la richesse d'un foyer dans lequel le contrôle des ressources domestiques est aux mains des femmes d'âge mûr. Telle est par exemple la situation des égyptiennes décrites par Morsy. Toutefois, étant donné que la structure sociale gratifie les femmes qui ont marié leurs fils, celles dont les enfants n'ont pas vécu doivent faire

face à une forme de perte du point de vue économique et social. Dans ce cadre, leur ménopause met fin à leurs espoirs d'être enceinte et d'avoir des fils. Ce sont ces femmes qui, chez les Gsiu, tentent de se suicider (La Fontaine, 1960) et qui, au Ghana, hantent les tombeaux des dieux dans l'espoir de conjurer leur infertilité (Field, 1960)» (Kaufert, 1982, p. 145, notre traduction). Une remarque de Godula Kosack va également à l'encontre de toute tentation d'homogénéisation des pratiques concernant les femmes ménopausées dans les sociétés traditionnelles, notamment sur le continent africain. Ainsi, au sujet du statut des femmes ménopausées chez les Mafa du Nord-Cameroun, l'ethnologue note qu'une femme répudiée ou veuve, « quand elle est trop vieille pour avoir encore des enfants, elle s'estime heureuse si elle peut rester avec un fils adulte. Si elle n'en a pas et si la terre est réclamée par des fils d'une autre femme ou par les frères de son mari, elle n'a pas le droit de rester dans l'habitation de son mari après la mort de celui-ci. (…) Ces veuves âgées, sans abri, vivent misérablement de quelque aumône ou de travaux occasionnels, là où on les tolère. Leur nombre va croissant aujourd'hui » (Kosack, *in* Jonckers *et al.,* 2000, p. 204). Si certaines femmes accèdent à un statut supérieur à partir de la ménopause dans les cultures précédemment analysées, c'est au sein de structures de domination masculine. Dans ce sens, nous suivons Chilla Bulbeck, qui, plutôt que d'affirmer que les femmes gagnent en statut une fois qu'elles sont ménopausées, préfère penser qu'elles perdent le statut négatif associé aux femmes menstruées (Bulbeck, 2001). Aussi, nous utilisons l'analyse des transformations pratiques et symboliques pour les femmes à la ménopause afin de souligner le rapport de pouvoir et les inégalités qui sous-tendent les rapports sociaux de sexe dans ces cultures.

Enfin, il nous semble important de rappeler l'analyse de Nicole-Claude Mathieu au sujet du type de recherches que nous venons de présenter : « en ethnologie, comme dans la réflexion commune, les ''capacités reproductives'' des femmes sont généralement pensées comme des *données* de la nature – une propriété naturelle des femmes, sur laquelle on reconnaît éventuellement que peut s'exercer un contrôle social » (Mathieu, 1985, p. 12). Nous souhaitons interroger cet « allant-de-soi » de la naturalité. Il nous semble, en effet, que le genre, en tant que système hiérarchique définissant le masculin et le féminin et organisant leurs rapports sociaux est au cœur des enjeux soulevés par la ménopause : la fécondité des femmes, et leur ménopause, loin d'être des données naturelles sont à analyser comme des dimensions intégrées dans le système de genre. Nous souhaitons ainsi nous affranchir du postulat « de la ''fonction'' reproductive des femmes comme si cette ''fonction'' était une

donnée d'évidence première, constante dans l'espace et constante dans le temps » (Tabet, *in* Mathieu, 1985, p. 62).

2.2 De l'insignifiance de la ménopause

Avec les travaux menés par Margaret Lock dans les années 1990, consacrés à l'expérience et aux représentations de la ménopause au Japon et en Amérique du Nord, nous allons comprendre qu'en soi, la ménopause n'existe pas : elle est une construction culturellement située.

Au Japon, Lock a mené une enquête quantitative et qualitative auprès de femmes âgées de 45 à 55 ans. Ses analyses nous renvoient, tout d'abord, à la définition même de la ménopause et à son élaboration en tant que signifié car le concept de ménopause n'existe pas au Japon. Aucun signifié ne recouvre dans cette culture ce que l'Occident comprend sous ce terme et l'anthropologue occidentale rencontre des difficultés pour appréhender, dans la culture japonaise, ce que l'Occident nomme « ménopause ». Le fait que dans la culture japonaise le terme *« ménopause »* n'existe pas nous révèle qu'en tant que contenu sémantique cette idée n'est pas l'objet d'une distinction particulière et n'est pas conceptualisée en tant que telle. La fixation sur la cessation des menstruations et de l'activité ovarienne en tant que signifiant fondamental, déterminant de l'individu, de ses attributs et de sa place au sein de l'espace social, ne constitue pas un universel. En abordant la question de la ménopause par le prisme japonais, Margaret Lock nous entraîne dans une conception radicalement différente du monde, et par là, du corps, de ses représentations et significations. Toujours sur la question du langage, Lock rencontre une autre difficulté en abordant la question des symptômes associés à la ménopause et remarque qu'en japonais, « il n'existe pas un mot unique pour exprimer explicitement une bouffée de chaleur » (Lock, 1993, p. 32, notre traduction). Cette absence est d'autant plus remarquable que « les japonais sont en général très sensibles à toutes les petites modifications physiques et utilisent un vocabulaire éminemment nuancé pour exprimer ces modifications » (*Ibid.,* p. 37, notre traduction).

Le concept de ménopause n'existant pas au Japon, Lock porte son attention sur la question de la cessation des menstruations. Elle remarque, ainsi, que l'arrêt des règles n'y est pas l'objet d'une attention prégnante ni d'une interprétation déterminante. À la cessation des menstruations ne sont pas associés les mêmes représentations que dans la culture occidentale :

pour les japonaises, il n'est pas question d'une minoration de la féminité lorsque les règles disparaissent du fait de l'âge. La manière dont l'arrêt des règles est appréhendé dans la culture japonaise se comprend si l'on considère les représentations qui leur sont associées. Ces représentations s'intègrent au concept de *chi no michi*, traduit par Margaret Lock par « path of blood » : le chemin du sang. Ce terme englobe l'apparition des règles, les grossesses, les accouchements et la cessation des règles due à l'âge. Il renvoie à des maux, liés au système reproductif féminin, dus à la dégradation du sang lors des règles, de l'accouchement et de l'arrêt des menstruations. Tout au long de son chemin, le sang menstruel est chargé de significations liées au déséquilibre et à la décomposition. La disparition des menstruations n'est pas pensée comme une période de déséquilibre plus profond qu'une autre étape dans ce *chemin du sang*. Margaret Lock n'observe ainsi pas de fixation plus particulière sur l'arrêt des règles à la ménopause que sur une autre période de la vie chez les japonaises qu'elle a rencontrées. Elle remarque, toutefois, que l'accouchement constitue un épisode important de la mise en sens de la cessation de l'activité ovarienne : dans les représentations, une délivrance difficile au moment de l'accouchement constitue le signe de difficultés à venir pour la femme lors de la cessation des règles.

La période qui se rapproche de la ménopause pour les japonaises correspond au terme *konenki*. Le sens de *konenki* ne se laisse pas circonscrire à un changement physiologique. Il ne correspond pas à un évènement, mais à un processus. Polysémique, la notion de *konenki* est à comprendre comme un processus de transformation de l'individu, dépassant largement les modifications et la disparition du cycle menstruel. Cette notion inclut plus largement des éléments intérieurs et extérieurs au corps, auxquels les japonais associent « le vieillissement, en lien avec l'esprit et le corps, le soi et les autres, le passé et le futur » (*Ibid.,* p. 22, notre traduction). En outre, *konenki* n'est pas l'apanage des femmes : les hommes, dans une moindre mesure certes, passent également par cette étape au cours de leur vie. Si *konenki* se caractérise par une incidence au cours des mêmes années que la ménopause, s'il se lie à la question du vieillissement et qu'il s'accompagne aussi de manifestations physiques et émotionnelles, les deux concepts ne recouvrent pas la même chose. C'est pourtant parce que la question de la cessation des règles ne s'intègre qu'au sein du concept de *konenki*, même s'il la déborde largement comme nous le verrons, que ce concept revêt un caractère central. Or, le concept de *konenki* se laisse difficilement expliciter, même par les japonaises : « ce qui est le plus frappant (…) est le manque de consensus sur le sens à donner à *konenki*. À peu près tout le monde s'accorde pour dire que cela à avoir avec le fait de vieillir, mais, à part cela, il n'y a

pas de consensus autour de ce que le terme communique » (*Ibid.,* p. 10, notre traduction). En outre, du point de vue de la période à laquelle *konenki* apparaît, les avis divergent : *konenki* peut se voir définir par certains comme un processus long, démarrant à la trentaine et se terminant autour de 60 ans, quand d'autres le font commencer vers 45 ans et durer une année ou deux. Lock souligne que la variété prévaut quant aux perceptions associées à la période de *konenki* par les japonaises : si certaines japonaises redoutent cette période, qu'elles perçoivent comme propice à des manifestations physiques désagréables, d'autres n'y associent pas de difficultés particulières. La cessation des menstruations n'en est pas le signe central : « la signification de *konenki* englobe plus de choses que l'arrêt des règles (…) et participe d'un processus de vieillissement dans lequel le blanchiment des cheveux, des modifications de la vue et un corps douloureux et fatigué se révèlent plus signifiants que l'arrêt des règles » (*Ibid.,* p. 6, notre traduction). En outre, le terme signifiant la cessation des règles, *heiki*, est relativement technique et essentiellement utilisé dans le champ scientifique. Parmi les japonaises rencontrées par Lock, certaines le comprennent non sans difficultés : la question de la cessation des menstruations ne va pas de soi. Le terme *konenki* lui est largement préféré, tant dans les conversations de tous les jours que dans le cadre de la consultation médicale. Ceci nous indique que la cessation des règles, en tant que telle, n'est pas l'objet d'un marquage symbolique fort puisqu'elle n'affleure pas dans le langage et n'est pas l'objet d'une forte discrimination. Alors qu'en Occident la fluctuation et l'arrêt du cycle menstruel sont au cœur de la définition de la ménopause, au Japon, « même des femmes qui ont des règles régulières peuvent se considérer en période de *konenki* » (*Ibid.,* p. 227, notre traduction).

Il en va de même pour ce qui concerne la question des symptômes éprouvés et évoqués par les japonaises à cette période de la vie. Ainsi, les bouffées de chaleur ne sont pas un symptôme prépondérant chez elles, alors qu'elles sont au cœur des symptômes évoqués par les femmes que nous avons rencontrées et une des raisons majeures des consultations médicales des femmes en période de ménopause en Occident. L'enquête quantitative réalisée par Lock, qui comprend également un échantillon de femmes américaines en période de ménopause, rapporte que 33 % des femmes nord-américaines interrogées disent avoir éprouvé des bouffées de chaleur au cours des deux dernières semaines, le chiffre tombant à 9,5 % pour les japonaises. Il en est de même pour la sensation d'épuisement, dont font part près de 40 % des nord-américaines contre seulement 6 % des japonaises. D'autres symptômes émergent chez les japonaises : « une raideur des épaules, des céphalées et des refroidissements conduisent les japonaises à penser qu'elles sont dans la période de *konenki*,

qu'elles aient encore des règles régulières ou non » (*Ibid.,* pp.41-42, notre traduction). Près de 52 % des japonaises interrogées font part d'une raideur des épaules, 30 % de céphalées, 24,2 % de douleurs au dos. Les symptômes qu'elles soulignent sont « des maux et des douleurs divers ainsi que des sentiments de lassitude, de vertige et d'irritabilité, plutôt que les symptômes de ménopause pensés comme classiques par les nord américains » (*Ibid.,* pp. 13-14, notre traduction).

Les recherches de Margaret Lock mettent en évidence les nombreuses différences qui surgissent dans les représentations et expériences des japonaises et des occidentales. Recenser les différences qui existent entre ces expériences n'aurait qu'un sens maigre si nous en restions à ce point. Il s'agit, en effet, moins de différences pratiques que de sens, et, partant, de visions différentes du monde et de projection de soi au sein d'un espace social donné. Ainsi, pour comprendre la manière dont est vécue la période de *konenki* par les japonaises, il faut s'intéresser aux représentations et aux normes qui sous-tendent la place de l'individu dans cette culture. Lock remarque qu'au Japon « un ordre social harmonieux et approprié prime sur l'individu » (*Ibid.,* p. 378, notre traduction). La cessation de la fertilité féminine prend sens dans ce contexte où « le dévouement à la famille et à la société constitue un chemin de perfectionnement de soi » (*Ibid.,* p. 379, notre traduction) : pour les femmes d'âge mûr, le devoir est de prendre soin des parents plus âgés, des personnes fragiles et malades. L'anthropologue remarque que les femmes qu'elle a rencontrées lui font part d'un changement social aux alentours de la cinquantaine plus que de transformations physiques. À la cinquantaine, le changement auquel les japonaises font face est l'intensification de leur rôle pivot au sein de la famille, notamment auprès de leur belle-mère. Ainsi, l'imaginaire qui sous-tend la période de *konenki* se lie, non « à la perte de la capacité de reproduction ou au spectre de la mort » (*Ibid.,* p. 45, notre traduction), mais à l'approche du moment où la femme aura la charge de l'accueil et des soins de ses beaux-parents âgés, malades ou en perte d'autonomie, comme il est de coutume au Japon. Signifiant une avancée en âge pour elles, la période de *konenki* signifie par ricochet celle de leurs parents. La question de l'assistance aux aînés et du poids qu'elle fait peser sur leurs épaules apparaît comme l'élément central dans les entretiens auprès des japonaises, au cours desquels « la question des maux liés au corps en période de *konenki* disparaît, tandis que les problèmes de pression sociale sont mis en avant » (*Ibid.,* p. 56, notre traduction).

Si la question de la cessation de la fertilité apparaît peu prégnante pour les japonaises, c'est également du fait de la définition même de l'activité reproductrice. Alors qu'en Occident, celle-ci se voit circonscrite à l'enfantement, dans la culture japonaise, « une partie majeure de la fonction de reproduction se prolonge, au-delà du fait de porter et d'élever son propre enfant, dans le fait d'élever les enfants du fils » (*Ibid.,* p. 226, notre traduction). Le concept de grand-maternité n'est pas construit au Japon comme dans notre espace social et, « en un sens, une femme de 50 ans se trouve au milieu de son temps d'activité reproductrice, parce que c'est le fait d'élever et non d'accoucher d'un enfant qui compte » (*Ibid.,* notre traduction). Ainsi, même physiologiquement stériles, les japonaises sont encore dans un temps d'activité reproductrice. L'expérience de la période de *konenki* ne peut donc se comprendre qu'à l'aune du rôle central des femmes au sein des rapports familiaux et du lien intergénérationnel à cette période de leur vie.

Si les représentations et les normes qui sous-tendent la place de l'individu dans l'espace social construisent la signification de la cessation de l'activité reproductrice, les représentations du corps jouent également un rôle central. En effet, les différences entre les imaginaires liés à la ménopause dans notre espace social et à la période de *konenki* au Japon découlent de conceptions différentes du corps. Ainsi, si « en Occident, une des métaphores dominantes utilisées pour expliquer les mécanismes corporels est celle de la machine » (*Ibid.,* pp. 227-228, notre traduction), les japonais envisagent le corps comme « immergé dans le cosmos et son cycle planétaire, le rythme des saisons, la continuité des générations et le cycle quotidien du travail de la communauté, et de la vie elle-même » (*Ibid.,* p. 238, notre traduction). Le prisme japonais d'appréhension du corps est construit sur une représentation « basée sur le yin et le yang, ces deux entités complémentaires complexes, à la fois présentes au niveau du macrocosme de l'univers et au niveau du microcosme du corps humain » (*Ibid.,* notre traduction). Dans cette appréhension du monde, le *ki* (ou *qi*) est un concept essentiel, qui désigne la substance fondamentale formant et animant l'univers et la vie. Présent dans toutes les manifestations de la nature, le *ki* englobe l'univers et relie les êtres entre eux. Il est le principe qui gouverne le corps humain et circule à l'intérieur de celui-ci. La santé de l'individu dépend de sa capacité à gérer son *ki* de manière à ce qu'un équilibre se maintienne au sein de son corps. La notion de *ki* n'a pas d'équivalent précis dans les sociétés occidentales, mais nous pouvons la rapprocher d'une énergie vitale. Une différence fondamentale dans l'appréhension du corps selon les cultures tient à ce qu'il est perçu comme lié ou délié de son environnement : en Occident, le corps est construit comme séparé de son environnement,

physique et social, et fragmenté en parties. Dans la culture japonaise, il n'y a, au contraire, pas de « fragmentation du corps » (*Ibid.,* p. 228, notre traduction). Y prévaut la représentation d'« un échange constant de *ki* au sein des différents organes et entre l'environnement et le corps des individus » (*Ibid.,* notre traduction). La notion de santé y est ainsi appréhendée comme « un état d'équilibre maintenu à la fois entre le corps et son environnement, physique et social, et au sein des différentes parties du corps. La maladie se produit quand cet équilibre est temporairement rompu » (*Ibid.,* notre traduction). L'unité entre le soi et le corps apparaît comme principielle dans la culture japonaise. L'individu est tenu pour responsable de son corps. Il est perçu comme un acteur fort de sa propre santé : « les gens pensent qu'ils doivent être capables de contrôler leurs états émotionnels, qui ont des liens avec les douleurs physiques et les maladies » (*Ibid.,* p. 215, notre traduction). Responsables de leur corps et de sa condition, les individus doivent « être capables de repousser n'importe quelle maladie » (*Ibid.,* notre traduction). Dans ce sens, les japonaises rencontrées par Lock se sentent responsables des manifestations physiques qu'elles éprouvent à la période de *konenki* et de la manière dont elles les vivent. Elles sont enclines à penser « qu'une attitude adéquate les aidera à surmonter la période » (*Ibid.,* p. 217, notre traduction). Dans l'imaginaire japonais, en effet, l'expérience de la période de *konenki* dépend « de la manière dont (les femmes) gèrent leur *ki* » (*Ibid.,* p. 280, notre traduction). Sur ce point, Lock met en lumière le lien entre santé et morale : les représentations associées aux maux de la période de *konenki* sont sous-tendues par l'idée d'une vie non adéquate. Ainsi, « bien que l'expérience de *konenki,* et tout désagrément associé, soit un évènement personnel, celui-ci se trouve néanmoins marqué culturellement comme quelque chose de plus qu'un simple changement biologique. Il se voit intimement lié à la correction et à la maturation sociale des femmes » (*Ibid.,* p. 204, notre traduction). Ces représentations construisent les symptômes de *konenki* comme le résultat d'une forme de nonchalance : « l'opinion largement répandue selon laquelle les symptômes de *konenki* relèvent de l'indolence prend racine dans la croyance que la conduite personnelle peut directement affecter le fonctionnement du corps » (*Ibid.,* notre traduction). Il s'en suit que « si une femme fait montre d'une attitude adéquate, si elle exerce un contrôle approprié sur son état mental (…), elle peut alors surmonter toutes difficultés à ce moment de la vie » (*Ibid.,* notre traduction). De ce fait, certaines femmes ont intérêt à ne pas faire état des symptômes liés à la période de *konenki* afin que l'aveu ne se retourne pas contre elles. Le fait que, dans la culture japonaise, une femme doit « savoir endurer et ne pas se plaindre de ses maux » (*Ibid.,* p. 239, notre traduction), est à donc garder à l'esprit. Loin de nous est, en effet, l'idée naïve de participer à « l'image iconique de la femme asiatique dans la cinquantaine,

offerte comme panacée aux femmes occidentales » (Bulbeck, 2001, p.2) : par crainte du jugement social, il est préférable pour les japonaises de faire preuve d'un stoïcisme attendu et de ne pas mentionner leurs maux.

Les travaux de Margaret Lock mettent en évidence que ce que nous nommons « ménopause » est l'objet d'une construction sociale, sous-tendu par des représentations et des normes. En découlent des expériences spécifiques pour les femmes, dont les propos demandent d'être contextualisés. Il n'est donc pas question pour nous de comparer de manière systématique et d'opposer les discours des femmes des différentes cultures au sujet de la « ménopause ». Il s'agit de les entendre comme signes de visions du monde et de la place des femmes physiologiquement stériles au sein de cultures différentes. Les analyses de Lock soulignent également la plasticité des modes d'appréhension et de mise en forme des données du sensible. L'expérience que l'individu fait de son corps et les sensations qu'il éprouve s'ancrent dans un contexte culturel qui en structure les modalités. En soi, la ménopause n'existe pas : elle est un produit culturel. Il n'existe pas de concept universellement applicable, sous un terme unique, associé à une série de manifestations circonscrites, pour décrire ce que nous entendons par « ménopause » dans notre espace social.

Si la ménopause n'est pas un invariant universel, mais un concept à situer culturellement, les recherches de Mac Pherson (1981), Delanoë (2001) et Diasio (2002a, 2007) ont souligné l'intérêt de le situer historiquement.

Ainsi, dans l'article « Menopause as Disease : the Social Construction of a Metaphor" (1981), Kathleen Mac Pherson propose une analyse historique de la question de la ménopause aux États-Unis. Elle montre que la construction de la ménopause comme pathologie est le fruit de transformations du statut des femmes dans la société américaine et du rôle grandissant des médecins à partir du XXe siècle.

La construction de la ménopause est intimement liée au rôle des femmes dans la société : « la passivité des femmes face aux médecins aux XIXe et XXe siècles, lesquels ont transformé les expériences du cycle reproductif normal (règles, accouchements et ménopause) en maladies, est due aux changements du rôle des femmes » (Mac Pherson, 1981, p. 98, notre traduction). La société américaine s'est, en effet, construite sur une dichotomie des rôles sexués : « au XVIIe siècle, les colons blancs amenèrent d'Europe des idées quant au rôle approprié pour chaque sexe et ils structurèrent leurs fermes de Nouvelle-Angleterre en conséquence » (*Ibid.,* notre traduction). Dans ce contexte, hommes et femmes sont largement

interdépendants : si les femmes portent les enfants, elles travaillent, au même titre que les hommes. Dans cette société agraire, la maternité n'est pas mise en valeur : les enfants sont de la responsabilité du père comme de la mère. Or, le rôle des femmes va être considérablement transformé par le passage de la société agraire à la société industrielle : « le développement de l'urbanisation va amener de nombreux hommes à travailler dans les villes et les enfants vont peu à peu tenir un rôle central pour les femmes » (*Ibid.,* p. 99, notre traduction). Le foyer devient peu à peu l'apanage des femmes. Une idéologie de la féminité émerge ainsi dans le contexte de l'industrialisation des années 1820 : « un nouveau rôle domestique apparaît pour les femmes, celui de rester au foyer et de se dédier aux besoins des enfants et de l'époux » (*Ibid.,* notre traduction). Dans un contexte familialiste, les vertus cardinales de la féminité deviennent « la piété, la pureté, la soumission et la domesticité » (*Ibid.,* notre traduction). L'émergence de cette féminité correspond à l'avènement de l'ère Victorienne, caractérisée par une pensée misogyne. Mac Pherson montre également le poids de la science dans la légitimation de certaines valeurs : « des arguments ''scientifiques'' ont été utilisés pour justifier et légitimer presque tous les aspects de la vie Victorienne (…). Les victoriens influents utilisaient des arguments médicaux et biologiques afin d'ancrer, de manière inévitable et irréversible, les rôles de sexe dans l'anatomie et la physiologie » (*Ibid.,* p. 100, notre traduction). Les médecins ont joué un rôle fondamental dans la création « d'un impératif biologique féminin » (*Ibid.,* notre traduction) qui construit les femmes comme littéralement prisonnières de leur système reproductif. Dans ce discours médical, en effet, « l'utérus et les ovaires contrôlent les corps et les comportements depuis la puberté jusqu'à la ménopause » (*Ibid.,* notre traduction), tandis que les corps et les comportements des hommes seraient bien moins contrôlés par leur système reproductif. La médecine crée alors la théorie d'une limitation de la force vitale : le corps des femmes contiendrait une quantité d'énergie limitée, principalement utilisée pour le développement de l'utérus et des ovaires. Les médecins soutiennent que les jeunes filles doivent s'abstenir de dépenser trop d'énergie pendant la puberté afin que celle-ci se passe au mieux. Dans ce cadre, « la ménopause est perçue, au même titre que la puberté, comme une crise physiologique » (*Ibid.,* p. 101, notre traduction). Les médecins estiment que, chez une femme qui a suivi un régime sain, la ménopause peut se passer en douceur. Ils remarquent, toutefois, plus fréquemment que « la ménopause marque le début d'une période de dépression, d'une incidence plus élevée de maladies et de mort prématurée » (*Ibid.,* notre traduction). La ménopause est perçue comme cause de nombreuses maladies. Le régime prescrit aux femmes à cette période, largement similaire à celui prescrit aux jeunes filles à la puberté, relève d'« une vie calme, dédiée à la domesticité et évitant les

activités mentales » (*Ibid.,* notre traduction). Le discours médical constitue bien un dispositif de contrôle des corps, des activités et des comportements des femmes. Mac Pherson analyse, ensuite, la manière dont la médecine va faire passer la ménopause de cause de maladie à maladie en tant que telle. Le début du XXe siècle est ainsi marqué par la découverte puis l'isolation des hormones sexuelles. La ménopause est traitée à partir des années 1930 à l'aide d'œstrogènes de synthèse. Au cours des années 1930, s'ils débattent des mérites des différents traitements de la ménopause, les médecins s'accordent largement sur un point : les femmes ménopausées doivent être prises en charge par les médecins. Ainsi, « les médecins élargirent les frontières de leur rôle bien au-delà du diagnostic et du traitement de maladies pour inclure la définition et la gestion d'un état féminin jusque là normal » (*Ibid.,* p. 105, notre traduction). Mac Pherson voit dans leur utilisation de termes tels que « série de symptômes étranges » ou « désordres gynécologiques » au sujet de la ménopause des exemples de la manière dont les médecins construisent un état pathologique. Ainsi, en affirmant que les médecins devaient prendre en charge toutes les femmes à la période de la ménopause, la médecine a accru son pouvoir en tant qu'agent de contrôle social. La perspective historique montre que la construction de la ménopause est largement dépendante de facteurs sociaux, tels que le rôle des femmes dans la société ou la constitution de la profession médicale.

Dans son travail de thèse, Delanoë analyse la construction de la ménopause dans le discours médical français. Il souligne que le terme « ménopause » est une invention du XIXe siècle qui « remplace *la cessation des menstrues*, l'un des termes les plus fréquemment utilisé dans les textes médicaux français des XVIIe et XVIIIe siècles, tiré du latin *cessatio mentruorem* ou *cessatio mensium* » (Delanoë, 2001, p. 2). Ce qui était mis en sens de la physiologie féminine avant l'invention de la ménopause étaient la cessation des menstrues puis l' « âge critique ». La pensée du corps féminin a déterminé la construction de la ménopause : des humeurs aux ovaires jusqu'à la construction de la ménopause par l'endocrinologie, les modèles explicatifs ont évolué. Delanoë souligne, en outre, qu'« en Europe, le modèle savant de la ménopause basé sur la théorie médicale de Galien se prolonge jusqu'au milieu du XIXe siècle. Ce modèle est fondé sur la représentation humorale du sang des règles. À la ménopause, les poisons éliminés par le sang menstruel restent à l'intérieur du corps de la femme » (Delanoë, *in* Aïach et Delanoë, 1998, p. 214). Au modèle basé sur les ovaires à la fin du XIXe siècle succèdera un modèle endocrinologique, qui façonnera « l'histoire moderne de la ménopause » (*Ibid.,* 1998, p. 220).

Delanoë montre également que la ménopause a été, jusqu'au XIXe siècle, une pathologie spécifiquement française. Deux facteurs sont ainsi à prendre en compte pour comprendre l'intérêt de la médecine française pour la ménopause. Il s'agit, tout d'abord, « des modifications du comportement sexuel des femmes de l'aristocratie et de ses conséquences » (Delanoë, 2001, p. 33) : le coït interrompu développé dans l'aristocratie a ainsi espacé les naissances et « favorisé la formation de fibromes utérins qui se manifestent par des saignements importants avant la ménopause » (*Ibid.*). La place importante des saignements d'origine utérine dans les descriptions des troubles de ce qui est alors nommé « âge critique » « correspond à l'apparition d'une situation biologique inédite jusque là. Le recours à la méthode contraceptive du coït interrompu et autre ''funestes secrets'' a permis aux femmes de l'aristocratie et de la haute bourgeoisie de limiter le nombre de leurs grossesses (…). Elles se sont retrouvées dans la configuration physiologique devenue habituelle dans les sociétés industrielles, de longues périodes de cycles réguliers. Alors que dans les sociétés traditionnelles, la période de fécondité se traduit essentiellement par une alternance de grossesses et de phase d'allaitement » (*Ibid.*). Or, cette situation physiologique nouvelle a pour conséquences des saignements importants dans les années précédant la ménopause et ce phénomène « a pu inquiéter les médecins de l'époque, d'autant plus qu'il ne concernait que les femmes des classes supérieures » (*Ibid.,* p. 34). Si les femmes des classes populaires et les paysannes vivent alors encore sous le mode des grossesses successives, « après 1850, le contrôle des naissances se diffusa dans les autres couches de la société française, et dans les autres pays européens, en Angleterre en particulier, avec les mêmes effets » (*Ibid.,* p. 35). Delanoë lie, ensuite, l'intérêt des médecins pour l' « âge critique » aux conséquences de la Révolution française. Les bouleversements de la période révolutionnaire et post-révolutionnaire eurent un impact particulièrement important sur les femmes d'âge moyen dans l'aristocratie, explique-t-il : « la perte de pouvoir et de richesse de ses femmes les a rendues plus dépendantes de leur capacité de séduction » (*Ibid.*). Du fait de ces deux facteurs exclusivement français, la ménopause fut jusqu'au milieu du XIXe siècle, une maladie spécifiquement française et « en Angleterre, il fallut attendre la seconde moitié du XIXe siècle pour que la ménopause reçoive un statut pathologique » (*Ibid.*).

Dans l'article « Habillée de temps. La femme à l'âge critique dans le discours médical au tournant du XIXème siècle », Nicoletta Diasio saisit la construction de la ménopause au début du XIXe siècle comme un « analyseur des concepts de féminité, d'âge social et biologique, de

génération à une époque où la médecine est un outil de définition et de construction des appartenances sociales » (Diasio, *in* Vinel, 2007, p. 102).

L'émergence de la ménopause comme catégorie scientifique est plus particulièrement étudiée. Analysant les premiers écrits médicaux abordant la question de la ménopause, entre la fin du XVIIIe et la première moitié du XIXe siècle, Diasio met, tout d'abord, en évidence le contexte dans lesquels ils s'insèrent : les questionnements hérités des Lumières, autour de la « nature » des femmes, « le rapport du physique et du moral, la relation entre sexualité ''naturelle'' et ''civilisée'', les modalités de contrôle et d'éducation de la femme » (*Ibid.*). La question de la temporalité se situe au cœur de cette analyse : « l'assignation de la femme à un rôle, un statut, un genre, une classe passe par un traitement spécifique du temps. La femme y est ''habillée de temps''; non seulement pour l'importance accordée au vieillissement, mais aussi parce que toute son existence semble se construire à l'intersection de temps différents : cycle menstruel, saisons de la vie, temps de l'attente et de la jouissance, rythmes quotidiens et familiaux. La médecine essaye de mettre de l'ordre dans cette trame des temps, et de l'intégrer dans l'enchaînement de l'histoire et de la succession des générations : la périodicité féminine doit s'accorder à la fois avec les impératifs de l'époque, la survivance de la société et la marche de la civilisation » (*Ibid.,* p. 103).

Différentes étapes scandent alors l'âge critique : « ce passage laborieux n'est pas l'affaire d'un jour, il se fait progressivement, par étapes » (*Ibid.,* p. 104). La première a lieu autour des 45 ans et est « marquée par des discontinuités : les expressions soulignées évoquent un temps fragmenté » (*Ibid.,* p. 104). La fureur amoureuse caractérise la deuxième étape : « il s'agit de la période la plus critique où il est difficile de trouver un équilibre entre l'ancienne inclinaison aux plaisirs et une retraite honorable » (*Ibid.,* p. 105). À l'étape suivante, c'est, pour une femme, « le moment de jouir des droits respectables que les fonctions exercées dans le passé lui ont valu : la maternité et la fidélité conjugale peuvent, dans la dernière phase de la vie, donner lieu à de nouvelles consolations domestiques » (*Ibid.,* p. 106).

« Âge critique, temps du retour, du déclin, verte vieillesse, enfer des femmes, hiver des femmes, mort du sexe : les premiers traités médicaux qui abordent la question de la ménopause pullulent de définitions évoquant l'entropie et la mort » (*Ibid.,* p. 109). Ces définitions s'ancrent dans deux champs sémantiques distincts marqués par deux visions de la temporalité : « le premier, qui parle de crise et de retour, renvoie à une conception du temps brouillée et morcelée, le corps de la femme étant soumis à des phases de vie alternes, aux frontières labiles, aux transitions fréquentes et difficiles, et au risque de télescopage et de

retour d'un cycle sur l'autre. L'autre champ sémantique renvoie à une image de temps linéaire, où l'arrêt des règles constitue l'aboutissement et la fin d'une biographie » (*Ibid.,* pp. 109-110).

La construction de la ménopause s'ancre dans les mœurs de l'époque et la morale sous-tend largement les descriptions nosologiques : « la volupté comme le célibat constituent des facteurs déréglants, alors que le mariage est un normalisateur du corps féminin : la volupté, l'imagination titillée par des images obscènes sollicitent le moteur séminal et induisent des menstrues plus abondantes que ceux des femmes ''naturellement froides et indifférentes pour les hommes''(…). De la même façon les excès amoureux rendent la fin des règles plus tumultueuse. Le sentiment d'une sexualité féminine dangereuse et débordante, la préoccupation pour l'espèce renforcent l'équivalence entre féminité et maternité. Cette équivalence (…) s'impose avec une force particulière sur la scène sociale bourgeoise. La réduction de la femme à son pouvoir de reproduction, déjà présente dans le discours populaire et dans le système théologique, est finalement légitimée par le dogme scientifique » (*Ibid.,* p. 115). La réduction de la féminité à la maternité constitue le signe de « la fin de la société de cour, le déclin du séducteur comme figure morale et du libertinage en tant qu'idéologie, la fin de la relative liberté des mœurs de la société aristocratique, la crise du badinage et de la conversation brillante en tant que rituel de communication élaboré » (*Ibid.,* p. 116). Ainsi, alors que dans la société aristocratique, Ninon de Laclos était restée une figure de séduction jusqu'à un âge très avancé et que les compétences cérémonielles et la connaissance de l'étiquette constituaient des atouts pour les femmes âgées dans la société de cour, la reconfiguration de la société après la Révolution française a eu des conséquences sur l'image des femmes âgées : « privée du prestige qui dérive du rang et des moyens de la famille, vidée de sa compétence cérémonielle, la femme bourgeoise est plus dépendante de sa capacité de plaire et de se reproduire. Sa valeur et sa capacité de séduire se déplacent dans le champ du sexe biologique et de la capacité d'engendrer » (*Ibid.*). Le traitement social de la ménopause marque, en outre, la légitimité des valeurs bourgeoises et post-révolutionnaires : « une ''douce ménopause'', au bon moment, marque un avant et un après la civilisation, inscrit l'espèce sur l'échelle évolutive, légitime des transformations socio-historiques, intègre le temps fini de l'individu dans le temps long de la filiation. À la frontière entre une nature à géométrie variable et une civilisation crainte et aimée, la femme est garante de l'appartenance à une espèce, à une race, à une classe sociale, à un statut, à une famille » (*Ibid.,* p. 125).

Dans l'article « Maillage des temps et gouvernement des corps dans la construction des rapports d'âge et de genre » (2012), Diasio met en évidence l'intérêt de penser ensemble les catégories d'âge et genre, lorsqu'on aborde l'invention d'un temps de la vie comme la ménopause. Pour ce faire, « il a fallu d'abord désessentialiser ces catégories et ensuite montrer le caractère performatif des rapports de genre et d'âge » (*Ibid*.). Les catégories d'âge et de genre permettent de « réguler ces incertitudes auxquelles toute société doit faire face » (*Ibid*.). La première incertitude est celle du corps se développant « dans la tension entre la continuité du biologique et des marquages sociaux et culturels qui introduisent des ruptures dans la continuité du vivant » (*Ibid*.) La deuxième incertitude est liée à la continuité du groupe social, à « son horizon temporel de survivance, impliquant par là des formes d'assignation sexuelle et une certaine normativité des relations de genre » (*Ibid*.). En découle une forme de « gouvernement de corps en transformation » et « un maillage temporel, un entrelacs de temporalités qui, fixant les âges, fixe les contours de l'inscription genrée » (*Ibid*.). Dans ce cadre, l'invention de la catégorie « ménopause » au début du XIX e siècle dans le discours médical illustre le « processus de construction d'un âge par l'articulation de temps biologiques, biographiques et sociaux » (*Ibid*.). Du point de vue biologique, la tâche est de circonscrire des frontières en amont et en aval de cette nouvelle phase de la vie qu'est la ménopause : « tout un cortège de signes et de symptômes, est alors mobilisé pour identifier les scansions internes au cycle de vie féminin et les moments de crise et de discontinuité qui marquent la ''mort du sexe''» (*Ibid*.) Du point de vue biographique, la ménopause apparait, en outre, comme « un moment de vérité de la biographie féminine » (*Ibid*.) : la réussite de la ménopause est l'aboutissement d'une bonne carrière d'épouse, de mère et de travailleuse. Du point de vue social, enfin, la femme est, par corps, garante du progrès, de la filiation et du renouvellement générationnel. Or, la femme qui entre dans la période de la ménopause est particulièrement sujette au désordre des sens, « qui guette celle qui ne sait pas vieillir, [et] peut se traduire dans le télescopage entre des moments du cycle de vie, entre des identités sociales et des fonctions biologiques : entre la puberté et la vieillesse – la vieille femme se conduit alors en petite fille ou a des symptômes proches de l'avènement des premières règles – entre le temps de la maternité et celui de la grand-maternité » (*Ibid*.). Aussi, ce corps trouble exige un contrôle. Le discours médical tente d'ordonner « cette trame des temps et d'intégrer la périodicité féminine au cycle de vie individuel, à la succession des générations et aux enchaînements de l'histoire » (*Ibid*.). Les catégories de sexe sont également mises en jeu par ces ordonnancements de temps et de statuts. En effet, « traverser l'âge critique, fin de la période féconde qui inscrit une femme dans sa destinée biologique et sociale, signifie alors s'exposer

à une identité sexuelle précaire : femmes viriles, femmes enfants, femmes a-sexuées habitent ces travaux. Le franchissement de l'âge implique alors crise et reconsidération de l'identité de genre et des rôles sexuels » (*Ibid.*). Si « chaque phase de la vie est ainsi construite et prend du sens par rapport à l'existence des autres âges, aux caractéristiques qu'on leur attribue, aux processus historiques et sociaux qui, en définissant les temps, établissent leur succession et les modalités des passages de l'une à l'autre » (*Ibid.*), l'étude de la catégorie « ménopause » apparaît alors comme une clé d'entrée pertinente pour appréhender les normes d'âge et le genre.

Nous reviendrons sur la construction de la ménopause dans les discours médicaux en France afin d'enrichir les analyses déjà menées sur ce point et tenterons de problématiser la question de l'invention de la ménopause à l'aune des travaux de Thomas Laqueur sur « la fabrique du sexe » (Laqueur, 1992).

2.3 Le chemin du sang : le processus physiologique et social des ménarches à la ménopause

La question de la ménopause est appréhendée par certains chercheurs à partir du processus physiologique des ménarches jusqu'à la ménopause. Ces recherches s'intéressent à la manière dont les menstruations sont socialement construites et aux pratiques qui les entourent, de leur avènement à leur disparition. Elles mettent en évidence le fait que des ménarches à la ménopause, des représentations sociales sont à l'œuvre, lesquelles organisent le chemin du sang des femmes.

Yvonne Verdier[3], analyse la manière dont les différents âges de la vie féminine sont construits dans un village de Côte d'Or avant les années 1960. Elle met en relation âges de la vie, physiologie et statuts des femmes : « trois femmes, la couturière, la cuisinière, la femme-qui-aide ; trois fonctions, faire les jeunes filles et la mariée, faire les noces, faire les bébés et les morts ; trois techniques, coudre, cuisiner et laver ; trois positions généalogiques qui ont force de statut : la jeune fille, la mère, la grand-mère ; trois moments de la vie : l'âge nubile, l'âge de la fécondité, l'âge de la ménopause » (Verdier, 1979, p. 337). Le statut des femmes au sein de l'espace social est lié au parcours des menstruations, des ménarches à la

[3] Nous retrouverons également les analyses d'Yvonne Verdier lorsque nous aborderons la question de la ménopause sociale

ménopause : à chaque moment de la vie physiologique correspond un statut, des droits, des devoirs et des pratiques spécifiques. Le cours du sang menstruel désigne la place des femmes dans la culture traditionnelle, « chaque équation, couture-règles-désir, cuisine-fécondité-mariage, lessive-ménopause-guide des morts et des nouveaux nés, chassant l'autre » (*Ibid.,* p. 343).

L'avènement des ménarches se retranscrit pratiquement dans la pratique de la couture : « les filles marquent donc leur trousseau, et beaucoup plus qu'une simple marque de propriété, nous verrons dans le marquage du linge l'affirmation d'une identité et d'un état, celui de fille pubère » (*Ibid.,* p. 189). Puis, la couturière fait la jeune fille : « l'année de leur quinze ans, les filles vont passer un hiver auprès de la couturière. Ce séjour fait charnière entre deux âges nettement délimités : la période qui va de sept à douze, quatorze ans environ (…) et celle qui va de quinze ans au mariage où l'on ''fait sa jeunesse'', ce qui se dit, pour les filles, ''faire la jeune fille''. Le passage dans l'atelier de couture introduit à cet âge de la vie » (*Ibid.,* p. 160). En outre, à Minot « ce n'est pas la virginité qui est le bien de la jeune fille, mais les menstruations, (…) ce n'est pas de ce point de vue-là que la société regarde ses jeunes filles, mais comme êtres périodiques » (*Ibid.,* p. 255) et, de ce fait, les jeunes filles possèdent un rôle dans certains rituels religieux. Les représentations des menstruations sont celles d'un flux chargé de forces.

La cuisinière possède une fonction de transmission de la fécondité au XIXe siècle, notamment lors des mariages. Parce qu'elle elle-même mère, les plats de la cuisinière participent de la fécondité de la mariée : « la mariée s'incorpore donc un mélange dont on attend à tout le moins qu'il favorise l'éclosion de ses facultés génésiques » (*Ibid.,* p. 300).

Au sujet de la cessation de la fécondité, Verdier observe « le lien entre une technique – laver-, un rôle médiateur – aider - et une phase de la vie biologique féminine - la ménopause » (*Ibid.,* pp. 151-152). La ménopause habilite, en effet, à un statut nouveau : une fois ménopausées, certaines femmes deviennent celles qui aident, c'est-à-dire celles qui lavent les bébés à la naissance et les morts. « Juxtaposés ainsi au début et à la fin de la vie, les gestes qu'accomplit la-femme-qui-aide éclairent la nature de son travail. Elle a, aux deux moments, une même activité de nettoyage, et l'essentiel du rôle réside dans l'acte de toilette : ''Je fais la toilette du nouveau-né, je fais la toilette du mort.'' » (*Ibid.,* p. 103). Or, ces deux épisodes sont caractérisés par le danger et la femme-qui-aide ne peut être n'importe qu'elle femme : elle doit être ménopausée, car, ce faisant, elle possède « cette stabilité achevée du corps » (*Ibid.,* p. 151) parce que le sang menstruel ne la traverse plus. La cessation des menstruations

est au cœur de ce nouveau statut : avec une femme stérile, il y a symboliquement non contamination par le sang pour celle qui est en couches et pour le mort car elle est devenue « invulnérable et inoffensive (et) peut manipuler les morts et les nouveau-nés » (*Ibid.*). Avec ce nouveau statut de femmes qui aident à partir de la ménopause, ces femmes acquièrent une liberté de circulation et une légitimité dans des pratiques fondamentales pour le groupe social : alors que les jeunes femmes qui circulent beaucoup « sont vite classées dans la catégorie des ‘‘traînées’’. Une femme âgée circulant beaucoup échappera à un tel jugement, et la femme-qui-aide doit, (…) *aller partout* et *chez tout le monde* » (*Ibid.*).

L'ethnologue Jocelyne Bonnet met en lumière le même type de système symbolique autour de la ménopause dans les pratiques coutumières de l'Alsace rurale avant les années 1970. Ce sont les femmes ménopausées qui y endossent le statut de matrone « initiée aux secrets d'enfantement » (Bonnet, 1988, p.143), qui exercent la fonction d'accoucheuse, tout comme elles aident au toilettage des morts : « fortes de leur savoir, moins femmes biologiquement car ayant dépassé le temps de leur fonction fécondante, elles sont moins dangereuses, et partant plus fortes socialement » (*Ibid.*). À partir de la ménopause, les femmes endossent donc un statut particulier. Ainsi, au même titre que les jeunes filles non menstruées, elles ne sont plus considérées comme des femmes et dans le même temps, ayant été menstruées, elles ont « expérimenté l'ordre de la vie, [ce qui] les place au-dessus d'une condition humaine courante » (*Ibid.*). En ce sens, les femmes ménopausées sont considérées comme des êtres à part : « ces vieilles femmes sont du côté des déesses-mères sacrées, celles qu'on approche avec respect, crainte et admiration. Reconnues comme matrones dans une trilogie dans laquelle elles ne sont plus ni fécondables ni menstruées, elles sont le vrai pouvoir, celui qui a dépassé les limites » (*Ibid.*). La femme qui aide et celle qui sait ne peut être qu'une femme ménopausée.

Virginie Vinel adopte également la perspective du parcours du sang dans l'article « Mémoires de sang : transmission et silences autour des menstrues » (2008a). Son analyse porte sur la socialisation du sang menstruel en France et « les paroles ou l'absence de parole qui l'expliquent ou l'annoncent et ce aux deux extrémités de la vie génésique : les premières règles et la ménopause » (Vinel, 2008a, p. 2). De cette recherche, il ressort que la question du sang menstruel est l'objet d'« une assez grande ambivalence, gêne, et évitement entre les générations» (*Ibid.,* p.15). La socialisation de ce flux présente donc des similitudes tant lors de son avènement que de sa cessation. En termes de socialisation, les ménarches et la

ménopause sont des évènements qui font rejouer les mêmes figures : les mères et les pairs. Dans le discours des femmes rencontrées par Vinel, les mères fonctionnent comme référent : « l'idée d'un héritage maternel en matière de menstruation perdure tant par la datation de la ménopause, la transmission des symptômes, le flux menstruel » (*Ibid.*). Ménarches et ménopause s'entourent, cependant, largement de silence et l'« on retrouve cette même difficulté pour parler du corps » (*Ibid.,* p.13) au sein de la lignée féminine familiale dans notre contexte actuel. Les pairs apparaissent comme deuxième figure de socialisation : « la transmission s'exerce de façon horizontale par les pairs, les ''copines'', tant au début qu'à la fin de la vie génésique » (*Ibid.*). Dans les interactions entre femmes au sujet de la ménopause, « la parole circule essentiellement sur les traitements médicaux, hormonaux ou non, que les femmes suivent. Ainsi, les pairs sont des sources d'informations importantes pour l'achat de produits en vente libre phytothérapeutiques ou homéopathiques » (*Ibid.,* p.14). Au contraire des ménarches, toutefois, l'épisode de la ménopause est l'objet d'une autre socialisation dans le cadre médical, marquée par une dimension technique.

Au regard de cette analyse, nous interrogerons la socialisation de la ménopause en tant qu'elle constitue un partage et nous tenterons de comprendre dans quelle mesure des socialisations différentes émergent selon les catégories socioprofessionnelles.

Dona Lee Davis s'intéresse à l'expérience et aux représentations associées à la ménopause par les femmes d'un village de pêcheurs de Terre-Neuve dans l'article « The meaning of menopause in a Newfoundland fishing village » (1986). Les questions du chemin du sang et de la socialisation de la ménopause traversent son analyse.

Le terme « ménopause » n'est pas utilisé par les femmes rencontrées par Davis. Celles-ci utilisent le terme « changement » *(the change)* pour évoquer ce processus. Pour autant, ce terme n'est pas spécifique au phénomène de la ménopause : « ''le changement'' peut faire référence à n'importe quelle affection féminine, telle que les ménarches ou le début de la puberté ; n'importe quel moment du cycle menstruel ; les irrégularités du cycle menstruel et les affections associées, comme les crampes et les sautes d'humeur ; les sécrétions vaginales et les pertes ; l'ovulation ; le saignement post-partum ; la ménopause ; les sautes d'humeur qui suivent la ménopause et les problèmes liés au vieillissement des organes reproducteurs. De ce fait, on doit spécifier à quel ''changement'' on se réfère quand on aborde cette question » (Davis, 1986, pp. 78-79, notre traduction).

Dans la culture terre-neuvienne, le cours de la vie est pensé par cycle de sept ans. Pour ce qui concerne les femmes, les sept premières années de la vie menstruelle sont caractérisées par la difficulté à tomber enceinte. Une femme doit s'attendre, ensuite, à être enceinte tous les sept ans. Le mitan de la vie est caractérisé par deux cycles de sept années : le premier cycle est marqué par l'irrégularité des menstruations et le second par les dernières règles, même si la fertilité persiste. S'ensuivent sept ans à vivre avant de mourir. Dans ce sens, « le ''changement'' peut s'étaler sur 14 ans et la plupart des femmes, entre 40 et 60 ans, estiment qu'elles sont dans leur période de ''changement'' » (*Ibid.,* p. 79, notre traduction). Ainsi, l'âge, plus que la cessation des menstruations, est utilisé par les femmes comme point d'entrée dans la période du « changement » : il constitue donc l'élément de signification fondamental dans l'expérience et la perception de cette période.

La question du « changement » se comprend également à l'aune du contexte social du village, marqué par la pêche : « que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, dans le port de Grey Rock, le prestige découle de leur lien avec la pêche et ses traditions » (*Ibid.,* p. 77, notre traduction). L'histoire de Terre-Neuve et de ses habitants est marquée par la pauvreté, l'isolement et la lutte pour la survie dans un environnement hostile. En découlent des idéaux de sacrifices et d'endurance, qui sous-tendent les représentations associées aux femmes dans la cinquantaine, perçues « comme les héroïnes du bord de pêche, parce que lorsqu'elles étaient jeunes femmes, elles ont dû s'occuper de leur famille en travaillant dans des conditions d'extrême pauvreté et en l'absence de leur mari » (*Ibid.,* pp. 77-78, notre traduction). La ménopause se comprend à l'aune d'un système de représentations au sein duquel « les phénomènes et processus somatiques, psychologiques et socioculturels ne sont pas compartimentés » (*Ibid.,* p. 80, notre traduction). La pensée ne se définit pas par le dualisme, ni celui qui oppose le corps et l'esprit, ni celui qui sépare le soi de la société. Ainsi, la pêche, tradition ancestrale et pratique fondamentale dans la culture de Terre-Neuve façonne tout l'espace social, jusque dans les représentations associées au féminin.

La structure du discours associé à la ménopause repose sur deux éléments fondamentaux: « les concepts de ''nerfs'' et de ''sang'' qui servent à lier symboles, affects et biologie » (*Ibid.,* p. 79, notre traduction). D'une part, la symbolique des nerfs parcourt les propos des femmes au sujet de la ménopause : au mitan de la vie, elles « se plaignent de ''nervosité'', d' ''avoir les nerfs'', de ''nerfs amorphes'', de ''nerfs fragiles'', de ''nerfs tendus'' et d' ''absence de nerfs'' ou de ''relâchement des nerfs''» (*Ibid.,* p. 80, notre traduction). À leur sens, les changements hormonaux jouent sur la nervosité, ainsi que le fait

que les nerfs vieillissent. La symbolique du sang, d'autre part, sous-tend de manière structurelle les représentations associées à la ménopause. Le sang menstruel, sa couleur et son aspect, sont perçus comme indicateurs de l'état de santé. En outre, « des règles régulières et abondantes sont un bon signe et représentent la purge du corps. Au moment du ''changement'', il est sain de saigner abondamment et de façon prolongée. Le dernier grand nettoyage doit être effectué pour le restant des jours et doit être fait à fond » (*Ibid.,* notre traduction). Le sang est perçu comme cause de nombreux symptômes à la ménopause : « les bouffées de chaleur sont dues à ''un trop-plein de sang'' ou à ''un mauvais sang'' et perçues comme purificatrices » (*Ibid.,* notre traduction).

La question de la nervosité est liée au rôle des femmes dans le contexte social et à l'ordre moral. En effet, un idéal du sacrifice sous-tend les représentations. La figure de la « femme bonne » passe par une posture d'inquiétude : « la nervosité, tout à la fois découle de l'inquiétude, et manifeste l'inquiétude, et les femmes voient leur inquiétude justifiée : dans la vie du port, l'inquiétude possède un rôle symbolique et les femmes ont un devoir moral de s'inquiéter, surtout lorsque leur mari est en mer. Symboliquement, l'inquiétude d'une femme maintient le bateau de son mari à flot (…) et confère aux femmes un rôle actif et valorisé » (*Ibid.,* p. 82, notre traduction). Le féminin s'ancre dans l'imaginaire de la nervosité. Signe de l'endurance au mal, elle est revendiquée et participe d'un statut valorisé. Ainsi, une dimension stratégique sous-tend l'usage des catégories de santé et de maladie dans le langage, car évoquer publiquement ses problèmes de nerfs à la période de la ménopause est, pour une femme, une manière de rappeler sa vie de souffrances et d'inquiétude, dans un système de références qui les valorisent. En outre, cela invite les autres femmes à un soutien bienveillant.

Dans le village, les femmes du même âge se réunissent pendant les périodes de grands changements (premières règles, grossesse, naissance, ménopause), pour échanger leurs expériences, perçues comme potentiellement riches de significations à partager au sein de la communauté. De même, l'expérience de la ménopause constitue un processus individuel tout autant que collectif. Les difficultés de la ménopause sont revendiquées et socialisées, en tant qu'épreuve de développement du statut, défi à affronter. Se joue là l'accession au statut de « femme bonne » pour les femmes à la ménopause. La ménopause est appréhendée comme une épreuve nouvelle : « dans le ''changement'', plus grande est l'épreuve, plus grande est la souffrance, plus grand est le prestige qui en découle » (*Ibid.,* p. 91, notre traduction). En effet, ce processus fait l'objet d'une estimation par le groupe car évoquer une nervosité revient, en fait, à revendiquer le statut de « femme bonne » et le prestige qui en découle. Or, ce statut ne

s'acquiert qu'après validation par la communauté des femmes « qui ne tolère ni l'égocentrisme, ni l'égoïsme, ni aucun manquement au rôle de femme/mère/épouse de pêcheur. Celles qui s'écartent de cette morale de la ''femme bonne'' se verront forcées de quitter la communauté, de fuir et verront leur propriété vandalisée ou seront obligées de rentrer dans le rang du fait de commérages acerbes et qui leur feront honte » (*Ibid.*). Ainsi, le comportement de chacune est l'objet d'une validation par le groupe : telle femme a-t-elle ou non mérité d'être malade ? En effet, « c'est parce qu'elle aura su tenir son rôle de ''femme bonne'' qu'une femme acquerra le droit de se plaindre et d'être malade » (*Ibid.,* p. 83, notre traduction). Encore lui faudra-t-il faire face et endurer l'affection, avec le même stoïcisme dont elle a fait preuve pendant toute sa vie. Ainsi, la ménopause implique tout un faisceau de facteurs : « l'expérience des femmes à la ménopause ne peut être comprise hors des implications psychologiques et sociologiques des questions liées au mitan de la vie, à la maladie et à la santé » (*Ibid.,* p. 76, notre traduction).

Dans *From menarche to menopause* (1989), Yewoubdar Beyene analyse également le parcours de fertilité des femmes. Elle s'intéresse au parcours des ménarches à la ménopause chez des femmes maya de milieu rural au Mexique et en Grèce. Par le prisme de l'anthropologie médicale, Beyene met ainsi en évidence ressemblances et différences dans les expériences mayas et grecques pour tenter d'en expliquer les causes.

Chez les Mayas, le système de pouvoir établit une hiérarchie au sein de laquelle les hommes dominent les femmes et les vieux dominent les jeunes. La domination masculine marque les corps et les activités. Ainsi, les activités féminines sont circonscrites au foyer et les femmes sont exclues des questions civiques. Les femmes sont, en outre, « éduquées pour être timides et parler avec douceur ; le plus souvent, elles ne prennent pas part à des conversations en présence d'hommes en dehors de la famille » (Beyene, 1989, p. 80, notre traduction). Dans la culture maya, les ménarches ne sont pas entourées de rites particuliers, mais sont l'objet d'un secret : « on n'évoque ni les menstruations ni leur signification avec une jeune fille avant qu'elle ne soit menstruée » (*Ibid.,* p. 104, notre traduction). À partir des ménarches, la jeune fille est associée à certains tabous : « une femme qui a ses règles est censée porter en elle un vent diabolique. Elle constitue, de ce fait, un danger pour les autres, et surtout les nouveau-nés » (*Ibid.,* p. 105, notre traduction). Si une femme approche un nouveau-né alors qu'elle a ses règles, le cordon ombilical se mettrait à saigner et causerait la mort du nourrisson. De même, une femme menstruée doit se tenir à l'écart d'hommes

construisant un puits sinon elle l'endommagerait. Dans les représentations, les règles relèvent d'un sang sale, ayant besoin d'être renouvelé tous les mois : « les femmes perçoivent les menstruations comme une maladie et attendent avec impatience le moment où elles n'auront plus leurs règles » (*Ibid.,* p. 115, notre traduction). Au-delà de leur caractère pathologique, les menstruations sont vécues sur le mode de la contrainte par les femmes car elles s'accompagnent d'une restriction des activités, de la crainte de souiller leur robe blanche, du désagrément de laver leurs habits et du devoir de ne pas révéler leur état aux jeunes filles de la famille.

Dans la culture maya, la fécondité féminine possède une grande valeur et « à moins d'être stérile, une femme mariée en période de reproduction est soit enceinte, soit en train d'allaiter » (*Ibid.,* p. 88, notre traduction). La contraception n'est pas pratiquée car elle est mal perçue par les hommes qui y voient une perte de pouvoir. Avec un âge moyen de 18 ans au mariage, avec une moyenne de 7 grossesses par femmes, les femmes ont des enfants jusqu'à la ménopause, et « il n'est pas rare de voir une mère et sa fille enceintes au même moment » (*Ibid.,* p. 111, notre traduction). Dans un espace social où les grossesses multiples, et leurs complications, sont redoutées par les femmes, la ménopause signifie la fin d'une fertilité pesante, et « la cessation de la fertilité à la ménopause n'est pas regrettée parce que les femmes estiment qu'elles ont eu assez d'enfants » (*Ibid.,* p.120, notre traduction). En outre, l'avancée en âge est associée à un gain en termes de pouvoir et de respect. Au sein du cercle familial, le respect vis-à-vis des femmes âgées est fort : « dans la famille, la femme âgée est le chef » (*Ibid.,* p. 4, notre traduction). Elle est celle qui subvient aux besoins de la maisonnée et endosse le rôle de sage-femme et de guérisseuse le cas échéant. Au contraire des jeunes femmes, celles qui sont âgées ont l'opportunité de prendre part aux fêtes religieuses. C'est par le biais du mariage des fils que les femmes gagnent un statut social plus élevé : « une fois que ses fils sont mariés, ses belles-filles ainsi que ses filles célibataires passent sous son contrôle. Une fois ces ressources acquises, la femme a moins de travaux à faire au sein du foyer et ses activités consistent alors à s'occuper des petits-enfants et à aller à la messe » (*Ibid.,* p. 80, notre traduction).

Le terme « ménopause » n'existe pas dans la langue maya : « ils n'ont pas de terme spécifique pour l'évoquer et y font référence simplement comme le moment où une femme arrête d'avoir ses règles » (*Ibid.,* p. 119, notre traduction). Certaines femmes interviewées par Beyene ont été déconcertées par son évocation de symptômes tels que les bouffées de chaleur et son insistance à aborder des effets de la ménopause, hors de la cessation des menstruations,

à tel point que la question lui était retournée et qu'on lui demandait si elle pensait « que la ménopause était un évènement ''anormal'' qui n'arrivait qu'aux femmes mayas » (*Ibid.,* p.122, notre traduction). Pour les médecins, « la ménopause n'est ni un moment de crise, ni un problème d'ordre psychologique ou physique pour les femmes mayas » (*Ibid.,* p. 115, notre traduction). Dans les représentations mayas, la ménopause constitue « un évènement qui arrive quand une femme a consommé tout son sang, c'est-à-dire son sang menstruel. C'est pourquoi on pense qu'elle débute plus tôt pour les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants parce qu'elles ont consommé beaucoup de sang en donnant naissance à de nombreuses reprises » (*Ibid.,* p. 119, notre traduction). À leurs yeux, l'âge de la ménopause dépend du nombre de grossesses, de l'âge aux ménarches et de la volonté divine.

Chez les Mayas, « aucune femme n'associe la ménopause à une quelconque symptomatologie physique ou émotionnelle » (*Ibid.,* notre traduction). À aucun moment, une femme maya n'évoque les bouffées de chaleur. Dégagées d'un risque de grossesse, les mayas rapportent « des rapports sexuels de meilleure qualité avec leur mari et (…) se sentir plus relaxées quant à l'activité sexuelle » (*Ibid.,* p. 121, notre traduction). La ménopause relève pour elles d' « une étape de la vie dégagée des tabous et des restrictions, offrant une plus grande liberté de mouvements » (*Ibid.,* p. 120, notre traduction). Elles associent la ménopause à « l'idée d'être jeune et libre. De nombreuses femmes expliquent se sentir aussi jeunes qu'une petite fille de six ans, (…) parce qu'ainsi, elles peuvent aller et venir comme elles l'entendent » (*Ibid.,* p. 121, notre traduction).

Les femmes mayas n'anticipent pas la ménopause autrement que comme la cessation des menstruations et attendent avec impatience cette période dégagée des contraintes des règles et de la pénibilité des grossesses. Dans ce sens, l'anthropologue souligne leur incompréhension face à ce sujet. Beyene compare alors le type de questions qu'elles leur pose sur les règles et les grossesses et s'aperçoit que, sur ces deux sujets, les femmes comprennent sans problèmes sa recherche. Alors que l'intérêt pour les expériences des menstruations et des grossesses semble aller de soi dans les interactions, il n'en va pas de même pour la ménopause : « la ménopause n'est pas une étape de la vie personnellement ou culturellement élaborée chez les mayas » (*Ibid.,* p. 123, notre traduction). Elle n'est pas associée à un changement de statut et ne redouble pas la question de la grand-maternité : « étant mariées à partir de l'âge de 13 ans, il est habituel de trouver des femmes déjà grands-mères à 35 ou 40 ans, et certaines continuent d'avoir des enfants alors qu'elles sont déjà grands-mères. Le rôle de grand-parent ne coïncide donc pas forcément avec le début de la ménopause » (*Ibid.,* p. 120, notre traduction). Dans la

société maya, les transformations du rôle des femmes et leur gain en termes de statut ne sont pas corrélés avec l'âge de la ménopause : « le statut d'une femme ne dépend pas uniquement de son âge chronologique. C'est plutôt le résultat de multiples facteurs tels que l'âge et le statut marital de ses fils, lesquels sont indépendant du début de la ménopause » (*Ibid.,* p. 127, notre traduction).

En Grèce, la question de la ménopause s'intègre dans le système traditionnel de catégorisation des sexes au sein duquel « l'homme est associé au sacré et dérive de Dieu, tandis que la femme est associée au monde démoniaque » (*Ibid.,* p. 89, notre traduction). Plus particulièrement, les femmes sont considérées comme « inférieures aux hommes, séductrices, stupides et craintives. On estime qu'elles mettent en danger leur foyer du fait de leurs penchants sexuels et de leur propension à cancaner de manière irresponsable » (*Ibid.,* notre traduction). Des représentations d'impureté leur sont, en outre, associées : « la nature sexuelle des femmes est jugée intrinsèquement impure et les menstruations sont perçues comme la preuve de cette impureté » (*Ibid.,* notre traduction). La sexualité d'une femme engage tout son foyer. Elle se doit donc d'être chaste. Le sens de la honte et la modestie sont des qualités particulièrement valorisées chez les femmes.

Dans ce contexte social, trois étapes, associées à trois statuts, marquent la vie des femmes. Dans la première étape de la vie, la jeune fille, célibataire, est recluse. Ses vêtements doivent être amples afin de cacher sa féminité et ses cheveux sont cachés par un foulard. Elle est considérée « comme un danger potentiel pour l'honneur de la famille, du fait de sa sensualité » (*Ibid.,* p. 96, notre traduction). Dans la tradition grecque, les menstruations, résultat du péché d'Eve, relèvent de la malédiction. Le sang menstruel est perçu comme un flux au pouvoir incontrôlable. Les femmes qui ont leurs règles sont considérées impures et polluées. Une femme ne peut prendre part aux activités religieuses pendant ses règles : « elle ne doit pas aller à l'église, elle ne doit pas allumer de bougie ni même toucher les icônes de l'autel familial » (*Ibid.,* p. 106, notre traduction). Elle est l'objet de tabous liés à l'alimentation : « elle ne doit pas aller là où la famille fait son vin, sinon il s'éventerait, elle ne doit pas faire le pain, car la pâte ne lèverait pas, elle ne doit pas toucher à la féta sinon elle la contaminerait, elle doit également éviter de toucher les tonneaux d'huile parce qu'on brûle de l'huile à l'église et dans les autels familiaux » (*Ibid.,* notre traduction). Dans ce cadre, l'élimination du flux menstruel apparaît salvatrice : « un flot de sang important est vu d'un bon œil, car il signifie une purification du sang. (…) avoir ses règles tous les mois est signe de

bonne santé. Plus une femme a ses règles longtemps, plus elle est en considérée en bonne santé» (*Ibid.,* p. 107, notre traduction).

La seconde étape de la vie d'une femme est caractérisée par le mariage et la maternité. Toujours soumise aux tabous liés aux menstruations, elle n'est alors plus recluse et peut aller et venir plus librement dans l'espace social. C'est en fait « en devenant une femme mariée et une mère sous la protection d'un homme que la femme rachète sa négativité naturelle » (*Ibid.,* p. 97, notre traduction). Mariée, elle devient le pilier du foyer : en elle réside l'histoire de la famille et sa continuité. Avec un âge moyen au mariage de 24 ans, les grecques rencontrées par Beyene ont une moyenne de 2,9 grossesses. Marquée par la dépression et la famine des années 1930, la société grecque a connu un changement de valeurs « d'une ancienne manière de faire, qui attachait une grande importance aux familles de grande taille, à une nouvelle » (*Ibid.,* p. 112, notre traduction) où les conditions économiques et sociales ne permettaient plus d'avoir de nombreux enfants. Pour les Grecques, avoir peu d'enfants constituait avant tout un choix économique et pour ce faire, elles ont recourt à l'avortement et les hommes utilisent des préservatifs. Du fait de l'auto-limitation des naissances, les femmes ne sont pas fatiguées par des grossesses à répétition ou un allaitement constant. Elles se révèlent, par contre, très accablées par l'angoisse constante d'une grossesse non désirée, particulièrement lorsqu'elles ont des filles en âge d'avoir des enfants : « dans la culture grecque, il est très important d'avoir une conduite adaptée à l'âge et à l'étape de la vie qu'on a atteint. Par exemple, une femme serait très embarrassée si elle donnait naissance à un enfant au même moment que sa fille ou sa belle-fille » (*Ibid.,* p. 114, notre traduction).

À partir du mariage de son fils aîné, la femme entre dans la troisième étape de sa vie. À ce moment, elle gagne en liberté. À cette période de la vie, en effet, les femmes ne sont plus associées aux représentations d'infériorité qui caractérisent les femmes plus jeunes car elles embrassent de nouveaux rôles. Plus particulièrement, elles deviennent des figures majeures au sein de la famille élargie : elles constituent des modèles pour leurs belles-filles, endossent le rôle de sage-femme lors des accouchements au sein de la famille et sont l'objet de constantes attentions de la part de leurs fils. À partir de ce troisième stade de la vie des femmes, enfin, la sexualité ne constitue plus une considération d'importance : « les femmes sont alors devenues des âmes propres » (*Ibid.,* p. 4, notre traduction). Plus particulièrement, une fois ménopausée, « la femme acquiert une nouvelle liberté, elle n'est plus sous l'autorité de son mari et sous le coup des conventions sociales. Parce qu'elle n'est plus perçue comme sensuelle, a fortiori si

son mari est mort, la femme ménopausée ne constitue plus un danger pour la communauté » (*Ibid.,* p. 98, notre traduction).

Parmi les Grecques interviewées, « 73 % des femmes ménopausées font part de bouffées de chaleur et 30% de suées froides. 42 % rapportent des maux de tête, 30 % des insomnies. (..) Moins de 2% se sont senties irritables ou mélancoliques » (*Ibid.,* p. 124, notre traduction). Ces femmes n'associent, toutefois, pas bouffées de chaleur et suées froides avec la pathologie : « elles ne les considèrent pas comme des symptômes à traiter, mais comme un phénomène naturel causant un inconfort momentané. Elles ne ressentent, de ce fait, pas le besoin d'une intervention médicale » (*Ibid.,* p. 125, notre traduction). Au sujet des bouffées de chaleur, même si elles ne les considèrent pas comme un symptôme pathologique, les Grecques connaissent le concept (*exapsi*) et en font des descriptions détaillées à l'anthropologue. À leurs yeux, les bouffées de chaleur sont le résultat « de la rétention du sang qui finit par bouillir dans le corps » (*Ibid.,* notre traduction). Notons, en outre, que « pour deux tiers des femmes, la ménopause ne s'est accompagnée d'aucun changement en matière de santé, tandis qu'un tiers explique s'être senti faible et être tombé plus souvent malade à partir de la ménopause » (*Ibid.,* notre traduction).

Chez les Grecs, une forme de norme d'âge liée à la ménopause se fait jour, située à 40 ans. Ainsi, « être ménopausée à un âge adéquat est considéré comme un soulagement par rapport aux menstruations jugées pénibles et aux grossesses non-désirées » (*Ibid.,* notre traduction). Si la ménopause arrive avant, des problèmes de santé en découleraient : « irritabilité, mélancolie et problèmes émotionnels à la ménopause sont associés à une ménopause prématurée » (*Ibid.,* p. 126, notre traduction). La rétention de sang impur due à une ménopause prématurée est perçue comme la cause d'un nombre important de problèmes de santé et « de nombreuses Grecques estiment qu'il est bon d'avoir ses règles pendant longtemps car cela signifie que le sang est purifié. Avec une ménopause prématurée, elles craignent un effet négatif sur leur santé parce que la purification n'a pas lieu » (*Ibid.,* notre traduction).

Les représentations que les Grecques associent à la ménopause sont marquées par l'ambivalence. Certes, à leurs yeux, la ménopause constitue une période de la vie libérée des tabous et des restrictions. Pour autant, elles associent la ménopause « au fait de vieillir, de ne plus avoir d'énergie, et plus généralement, d'être sur la pente descendante » (*Ibid.,* p. 124, notre traduction). Même si la vieillesse est respectée, elle n'est pas désirée. Les grecques perçoivent ainsi comme une contrainte l'habit sombre traditionnellement dévolu aux vieilles

femmes. Dans ce cadre, la ménopause « signifie qu'elles ne sont plus dans le coup. C'est pourquoi les femmes préménopausées appréhendent la ménopause et lui associent des représentations négatives » » (*Ibid.,* notre traduction).

L'anthropologue propose, enfin, de comprendre les causes des similitudes et différences qui parcourent les expériences des Mayas et des Grecques à la ménopause. À ses yeux, par exemple, l'attitude positive des Mayas vis-à-vis de la ménopause explique l'absence de symptômes psychologiques chez elles, mais pas l'absence de bouffées de chaleur, « un symptôme censé être causé par des changements hormonaux universels » (*Ibid.,* p. 128, notre traduction). Pour Beyene, l'existence ou l'absence de symptômes physiologiques s'expliquent, non pas en termes de statut associé au mitan de la vie, mais par deux facteurs : le régime alimentaire et le parcours de fécondité. Le régime alimentaire a des effets sur la croissance, le métabolisme, le cycle menstruel et la production hormonale. Or, les deux populations étudiées observent deux régimes alimentaires radicalement différents. Les Mayas mangent surtout du maïs et des pois et peu de viandes et de laitages. Cette population connaît un taux important de malnutrition. Les Grecques, au contraire, ont une alimentation riche et variée (céréales, lait, fromage, œufs, légumes, viandes et poissons). Une corrélation apparaît ainsi entre le régime alimentaire et l'âge de survenue de la ménopause : au régime pauvre des Mayas est associé l'advenue précoce de la ménopause (en moyenne à 42 ans) et inversement chez les Grecques (en moyenne à 47 ans). L'absence d'ostéoporose chez les deux populations découlerait du bon niveau de calcium intégré dans la nourriture par les Mayas grâce à la chaux contenue dans l'eau bue et du fromage mangé en grande quantité par les Grecques.

Des parcours de fécondité très différents chez ces deux populations de femmes ont également des conséquences sur l'expérience de la ménopause. Le parcours de fécondité des Mayas « est typique de la plupart des sociétés traditionnelles préindustrielles » (*Ibid.,* p. 136, notre traduction), avec de nombreuses grossesses, de longues périodes d'allaitement, et un temps de menstruations d'environ quatre années. Au contraire, les Grecques ont « un parcours de fécondité typique des sociétés industrialisés, avec environ deux enfants et pas ou peu d'allaitement » (*Ibid.,* p. 137, notre traduction) et un temps de menstruations d'environ 35 ans. S'appuyant sur des travaux d'anthropologie médicale, Beyene émet l'hypothèse qu'un faible nombre d'enfants et peu d'allaitement exposerait le corps à une plus grande stimulation oestrogénique et que son déclin soudain se manifesterait par des bouffées de chaleur ou une ostéoporose. L'absence de bouffées de chaleur chez les Mayas découlerait d'une moindre stimulation oestrogénique au cours de la vie, contrairement aux grecques.

Les travaux de Beyene appréhendent la ménopause comme un processus à comprendre à l'aune de la trajectoire de fertilité, depuis les ménarches. Nous aurons donc, d'une part, à problématiser cette question comme inscrite dans un contexte de fertilité informé par le contexte social. En outre, nous portons un vif intérêt à la manière dont elle analyse la question des bouffées de chaleur et sa résolution de la biologie par la biologie, qui nous invite à approfondir la perspective de la construction sociale du symptôme.

Dans *Printemps et automne sexuels. Puberté, ménopause, andropause au Maroc* (2000), Soumaya Naamane Guessous s'intéresse au processus de la puberté à la ménopause dans le contexte marocain. Sa recherche repose sur une enquête quantitative réalisée auprès de femmes et d'hommes de milieu rural et urbain au Maroc. Les femmes « ont été questionnées sur leur rapport au corps et les pratiques qui en découlent ainsi que sur leurs relations affectives et sexuelles » (Guessous, 2000, p. 17). Quant aux hommes, réfractaires à toute discussion sur leur propre expérience, il a fallu « se contenter de leurs avis et de leur perception de la femme, de sa jeunesse, de ses menstrues, de sa ménopause » (*Ibid.,* p. 18).

Guessous explique, en préambule, que « le processus de ménopause, tout comme celui de la puberté, n'échappe pas à l'emprise des traditions, et les comportements qui en résultent découlent du conditionnement social, héritage d'un long passé où le corps féminin est tantôt sublimé, tantôt réduit à l'état de souillure » (*Ibid.,* p. 165). L'analyse de Guessous porte, tout d'abord, sur les ménarches. Elle relève le fait que si les ménarches provoquent de l'angoisse à la jeune fille, « en revanche, son entourage est impatient à l'égard de ce flux sanguin dont la symbolique représente, outre le signe d'une bonne santé physiologique, la fertilité » (*Ibid.,* p. 23). La symbolique entourant les ménarches apparaît déterminante dans la société marocaine où « la femme stérile n'a pas de place » (*Ibid.,* p. 23). Si les menstruations sont indispensables à la féminité dans cette culture, l'islam les pense comme impureté : « la femme devient également impure par l'écoulement du sang menstruel. Elle est purifiée par un bain, à la suite duquel elle peut reprendre ses activités religieuses rituelles » (*Ibid.,* p. 56). Cette impureté est proprement individuelle : « la musulmane ne communique pas de souillure autour d'elle. (…) L'impureté du sang des règles n'est pas une menace pour l'entourage » (*Ibid.*). La seule interdiction faite aux femmes en période de règles « est l'entrée dans les lieux de culte, interdiction agrémentée d'une souplesse : la femme peut entrer dans une mosquée si elle a besoin de puiser de l'eau dans une citerne placée dans l'enceinte sacrée » (*Ibid.*). La question de la souillure n'est pas évoquée dans le Coran où « il n'y a aucune précision relative

à la femme souillante et les *haddiths* (ensemble des dires et les actes du Prophète) prouvent que la souillure par les règles n'existe pas en islam. (…) Questionné sur l'impureté des menstrues, le Prophète affirma que, contrairement à la femme juive, la musulmane ne dégage pas de souillure et sa vie doit continuer normalement, sans privation, ni changement, si ce n'est au niveau de sa vie sexuelle » (*Ibid.,* pp. 56-57). Nous pouvons toutefois relever que plusieurs interdictions pèsent sur les femmes en période de menstruations : l'interdiction des lieux de culte et les interdits sexuels, car « l'islam interdit les rapports sexuels lors des menstruations » (*Ibid.,* p. 58)

Dans la culture marocaine, le corps des jeunes filles est construit comme lieu menaçant : « tout au long de son enfance, la fillette n'aura pas de réponses aux questions qu'elle se pose, questions relatives au développement de son corps et de son fonctionnement. Mais elle aura appris au préalable que son corps, source de problèmes, est menacé par un danger qu'elle ne peut encore comprendre » (*Ibid.,* p. 75). La puberté constitue ainsi un processus difficile dans le contexte marocain où « le non-dit, les interdits et la notion de honte, constituent des barrages à toute possibilité de dialogue sur le développement du corps » (*Ibid.,* p. 87). Pour les jeunes filles, « le sujet des menstruations relève de la plus grande des hontes » (*Ibid.,* p. 88), avec toutefois une différence entre celles qui vivent en milieu rural et celles qui vivent en milieu urbain où le dialogue avec les parents semble plus ouvert et les traditions moins pesantes. Aujourd'hui, les premières règles s'entourent de moins en moins de rituel : « seules 27 % des jeunes filles enquêtées ont subi des rites de passage, dont 8 % de citadines et 45 % de rurales » (*Ibid.,* p. 105). Ces rites relèvent de pratiques variées : « on fait porter à la nouvelle pubère de beaux habits, de préférence neufs, de couleurs vives, afin de lui porter bonheur. (…) La jeune fille peut aussi regarder par la fenêtre et compter le nombre de personnes qu'elle voit passer. Ce chiffre correspondra à la durée de ses règles. (…) L'utilisation de fumigations à base de plantes ayant la vertu de protéger contre le mauvais œil est très recommandée. La pubère est sujette au mauvais œil qui peut la persécuter sa vie durant, si elle ne s'en protège à la puberté » (*Ibid.,* p. 105). Toutefois, « plus les femmes sont jeunes, lettrées, actives, moins elles croient en l'influence néfaste du sang » (*Ibid.,* p. 127). Des conduites de gestion différentes des règles apparaissent parmi les femmes selon qu'elles sont urbaines ou rurales : « l'utilisation des bandes hygiéniques version moderne est de plus en plus importante, mais essentiellement en milieu urbain. Aucune rurale n'en utilise. 38 % d'entre elles l'aurait souhaité, mais leurs moyens ne le leur permettent pas (…) En ville, plus du tiers des femmes utilise ces produits » (*Ibid.,* p. 131). Quant aux tampons, « son utilisation

est rare et les rurales en ignorent l'existence. Seule 1,6 % des citadines, jeunes, instruites et aisées, en font usage » (*Ibid.,* pp. 131-132). 81 % des femmes font donc usage d'un morceau de tissu. Guessous observe également que les femmes doivent cacher leurs règles, « surtout aux hommes qui ne doivent jamais voir son *guedouar*, sinon ''ils seraient écœurés par toutes les femmes''. Dire d'une femme que ses torchons traînent est la pire des insultes : elle est sale et son foyer est impur. La *setra* (discrétion) est apprise aux filles nouvellement pubères et les mères y veillent » (*Ibid.,* p. 133).

Signe d'impureté devant être caché, le sang menstruel est, en outre, associé à des représentations négatives dans le langage : « des expressions exprimant le dégoût sont très usitées : ''ikh. Elles sont venues''. Il s'ensuit toute une série de mots tels : *el ouila oulmakhlia* (la malheureuse), *assegu'âa* (la maudite), *azzemra* (la merde), *el ham*, (le souci), *la'doua* (l'ennemie) (…) Quant aux hommes, ils disent : ''elle baigne dans le sang'', ''ses robinets sont cassés'', ''elle coule'', ''elle est occupée'', ''inondée'', ''handicapée'', ''sale'', ''blessée'', ''trouée'', ''elle pue''… Plus ils sont jeunes, plus les mots sont durs. Autant de termes qui n'élèvent pas la femme et qui donnent une idée de la répugnance des hommes vis-à-vis du sang des règles » (*Ibid.,* pp. 108-109). À ces représentations de souillure, se mêlent des représentations associées à la santé et à la purification : « les règles sont aussi liées à la santé : ''la femme qui a ses règles est en bonne santé car elle peut enfanter''. La femme stérile est considérée comme malade, asexuée. (…) Les règles sont également considérées comme ''purgatoires''(…) : ''l'intérieur du corps de la femme doit être lavé une fois par mois'', ''surtout la femme qui a des rapports sexuels''. ''Le sperme s'introduit dans le corps et même quand on se lave, il en reste un peu. Le sang évacue les saletés du corps et le sperme.'' Les règles ''purifient le corps des maladies'' » (*Ibid.,* p. 110). Pendant la période de règles, 35 % des citadines et 75 % des rurales ne se lavent pas de peur que « ''les menstrues s'arrêtent, ce qui est grave pour la santé''. ''La femme ne doit pas se nettoyer l'intérieur du vagin'' car ''l'utérus est ouvert et peut boire des microbes''. La femme risque de ''toucher la chair ouverte et se blesser davantage'' » (*Ibid.,* p. 148). Les femmes se baignent donc à la fin des menstruations, dans un bain purificateur.

Au contraire d'autres étapes de la vie féminine, telle que la puberté, la ménopause ne fait l'objet d'aucune cérémonie. Elle constitue, toutefois, un moment de changement pour les femmes dans la culture marocaine. Ainsi, « dans les sociétés musulmanes, les femmes ménopausées jouissent d'un statut particulier : elles ne sont plus obligées de se cacher, de se voiler aux regards des hommes. (…) Au Maroc, les femmes ayant dépassé l'âge de la

séduction acquièrent leur liberté grâce à leur âge et au pouvoir acquis par l'expérience. Mais aussi grâce au désintéressement des hommes vis-à-vis de leurs corps à la flamme éteinte, devenus repoussants » (*Ibid.,* p. 226). Stériles, les femmes ne sont plus soumises au désir des hommes. En outre, certaines pratiques de sorcellerie sont réservées à des femmes ménopausées : « il s'agit par exemple de produits destinés à rendre un homme amoureux ou à inhiber les effets de la sorcellerie. Les produits peuvent devenir dangereux ou produire un effet contraire à celui souhaité, s'ils sont manipulés par des femmes menstruées » (*Ibid.,* p. 225).

La ménopause est vécue différemment par les rurales et les citadines. Ainsi, au sujet de la préménopause et de ses troubles, « les citadines sont plus nombreuses que les rurales à être informées : respectivement 14 % contre 2,7 %. La croyance en la magie ne concerne que 15 % des citadines, contre 46 % des femmes rurales » (*Ibid.,* p. 183). Concernant les troubles, 72 % des femmes rapportent des bouffées de chaleur accompagnées de sudation, 71 % des douleurs articulaires et 62 % d'une fatigue, 57 % de migraines et 31 % de seins douloureux. Les femmes évoquent, en outre, des troubles du caractère et des cauchemars : insomnies, nervosité, troubles de l'attention. Pour celles vivant en zone rurale et travaillant la terre, Guessous relève « l'angoisse de ces femmes à la veille de la ménopause. Les troubles et les douleurs articulaires les rendent inaptes. Très souvent, le mari qui parle de son épouse fatiguée par l'âge dira : ''Elle est finie'', ce qui remet en cause la raison d'être de l'épouse et son statut matrimonial » (*Ibid.,* p. 188). L'avènement de la ménopause résonne avec de potentielles difficultés physiques qui handicapent les femmes rurales auxquelles sont dévolues tâches domestiques et travaux agricoles. Face à ces troubles, les femmes de milieu rural « se réfugient dans la médecine traditionnelle : breuvage à base de plantes calmantes, cataplasme à base de lavande ou d'huile d'olive ajoutée à une purée d'ail (…). Certaines se font cautériser par des professionnels (…). Le fqih exorcise, donne des amulettes, des produits à brûler, de l'eau dont on a ''effacé un talisman'' que la patiente doit boire ou dont elle doit s'asperger le corps. La visite aux sanctuaires et le recours à la sorcellerie sont très fréquent » (*Ibid.,* pp.192-193). Si les citadines vont plus souvent chez le médecin, elles ont également recours aux remèdes traditionnels. De manière générale, « les femmes qui savent que leurs troubles sont dûs à la préménopause n'iront pas en consultation parce qu'elles considèrent que c'est normal. Elles vivent leur préménopause avec fatalité et attendent que les malaises passent » (*Ibid.,* p. 193).

À l'endroit de la ménopause, le langage marocain « reflète une culture qui manque de clémence à l'égard des femmes : la ménopause, c'est quand la femme ne peut plus enfanter, quand elle vieillit, quand les règles l'abandonnent, quand son utérus sèche, quand son sang tarit, disent les rurales, quand elles devient toujours malade, disent les plus jeunes, 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, quand elle déteste les hommes » (*Ibid.,* p. 203). La majeure partie des interviewées profèrent des plaintes au sujet de la ménopause : « à les entendre, on penserait que la ménopause détruit le corps humain et affecte sérieusement le caractère » (*Ibid.,* p. 208) Les citadines craignent plus la ménopause que les rurales du fait de ses conséquences sur l'apparence physique : « l'arrêt de la séduction préoccupe plus en ville qu'à la campagne où la femme est considérée plus pour sa force de travail que pour sa beauté » (*Ibid.,* p. 204). Plus de rurales appréhendent la ménopause sans crainte, car, expliquent-t-elles : « ''c'est notre destinée'', *mektoub*, volonté divine contre laquelle il serait péché de se révolter » (*Ibid.,* p. 204).

Concernant les pratiques à cette période, « seules 3 % des femmes ménopausées ont été chez le gynécologue après l'arrêt des règles : ''Je n'y ai même pas été lorsque je pouvais encore enfanter, a fortiori maintenant que mon utérus a séché'' dit une femme rurale » (*Ibid.,* p. 219). Certaines femmes ont, en outre, renoncé à se rendre chez le gynécologue par honte : « ''ménopausée depuis 5 ans, je n'ose aller à l'hôpital enlever le stérilet. J'ai honte de me déshabiller à mon âge'' » (*Ibid.,* p. 220). La majorité des femmes rencontrées ignorent l'existence de traitements hormonaux pour soulager les troubles de la ménopause : « seules 4 % d'entre elles, toutes citadines, en ont été informées, soit par le médecin, soit par des revues » (*Ibid.,* p. 218).

Dans le contexte marocain, la cessation des menstruations est synonyme d'achèvement de la vie sexuelle : « le discours social nous enseigne qu'une femme qui ne saigne plus est morte sexuellement, et celle qui continue à apprécier le coït au-delà de cette limite d'âge est folle. Les épouses, conditionnées, croient fermement que leur sexe ne leur servira dorénavant qu'à uriner (…). La sexualité est considérée comme une faveur que Dieu tolère tant que la femme est jeune et peut enfanter, mais au-delà, elle relève du péché » (*Ibid.,* p. 237). Les représentations associées à la sexualité de l'homme véhiculent, au contraire, l'idée que le désir sexuel de l'homme et sa puissance sexuelle augmente avec l'âge. Les conséquences des représentations associées à la ménopause sont sans appel pour Guessous : « préménopause et ménopause sont avilies par une société impitoyable avec la vieillesse, mais seulement avec

ses femmes : arrêt des règles, arrêt de la fécondité, troubles du caractère et de la santé, s'allient pour décréter la mort de la féminité » (*Ibid.,* p. 305).

Une perception ambivalente de la ménopause se fait jour chez les marocaines. Si le sang des menstruations provoque le dégoût dans les représentations et les pratiques, dès que les femmes atteignent la ménopause, « elles regrettent profondément de ne plus saigner » (*Ibid.,* p. 16). En effet, si la ménopause correspond pour la plupart des femmes rencontrées à l'émergence de difficultés nouvelles liées au vieillissement du corps, elle permet aussi « de ne plus être effrayée par l'éventualité d'une grossesse » (Guessous, 2000, p. 230). Guessous insiste sur l'idée que les femmes des générations ultérieures auront des expériences différentes de celles rencontrées : les jeunes femmes d'aujourd'hui « auront un profil différent : scolarisées ou non, elles prennent de plus en plus conscience de leur existence, en dehors de leurs obligations et de leur utérus. Elles ne sont plus cloîtrées et ont accès à tous les espaces et à tous les domaines » (*Ibid.,* p. 227). Guessous ancre ainsi l'expérience de la ménopause dans les questions du savoir et du pouvoir.

Sur la question particulière du bain après les menstruations, observé par Guessous dans le contexte marocain, Sophie Nizard souligne que la tradition juive le prescrit également. Plus précisément, le sens du mikve, bain rituel dans la tradition juive, a évolué. Nizard met ainsi en évidence une transformation depuis la fin des années 1980 : dans un mouvement de réélaboration de la conception juive de la pureté, un mouvement orthodoxe promeut de nouveaux usages plus créatifs de ce bain : le mikve n'est plus seulement perçu « comme un agent de re-purification, mais comme un rituel de renaissance à l'occasion des périodes joyeuses ou difficiles de la vie, autrement dit comme un rite de passage » (Nizard, 2013, p. 605). Ces nouvelles conceptions du rituel mettent en scène de nouveaux temps de passage « conversion, mariage, guérison, naissance d'un bébé à inscrire par le rituel dans la communauté, ménopause, jusqu'au cas d'un médecin transsexuel, qui après son opération, se rend au *mikve* pour marquer son passage d'un genre à l'autre » (*Ibid.,* p. 605). Ainsi, le rite du mikve apparaît « du point de vue de son efficacité en tant que porteur de sens, de sa performance comme opérateur symbolique qui agit sur les corps, ordonne la sexualité, érige des limites entre le pur et l'impur, permet de penser et de dire le sacré en modernité. Il est un rite de liminalité en ce sens qu'il marque matériellement des seuils et des passages » (*Ibid.,* pp. 611-612). En ce sens, il est intéressant de souligner que la ménopause constitue un de ces

nouveaux temps ritualisés. Dans ce cadre, il s'agit pour les femmes juives orthodoxes de se réapproprier un espace de signification propre et de marquer le passage de la ménopause.

2.4 La typologie dans l'analyse de l'expérience de la ménopause

La construction de typologies d'expériences de ménopause est au cœur de plusieurs travaux. Ces typologies mettent en jeu les représentations associées par les femmes à la ménopause et leurs pratiques à cette période.

La recherche pionnière de Daniel Delanoë en France, *Critique de l'âge critique : usages et représentation de la ménopause* (2001), porte sur les représentations sociales de la ménopause et les pratiques des femmes en matière d'hormonothérapie. À partir d'une enquête auprès de françaises âgées de 45 à 65 ans, vivant en zones rurale et urbaine, Delanoë construit un modèle de représentations de la ménopause autour de cinq dimensions: l'arrêt des règles, l'arrêt de la fécondité, la variation du capital santé, celle du capital symbolique et celle du capital esthétique. Il fonde sur ces dimensions une typologie de représentations de la ménopause chez les femmes, réparties sur un continuum allant d'un pôle négatif à un pôle positif : représentation négative, ambivalente, neutre, maternelle, naturelle et positive de la ménopause. Plus d'un tiers des femmes exprime une représentation plutôt négative de la ménopause. Pour la majorité des femmes, elle constitue un « non événement », n'amenant pas de changement particulier. Enfin, une minorité de femmes fait part d'une représentation très largement positive de la ménopause.

Plus précisément, une représentation négative de la ménopause est exprimée par 7 % des femmes interrogées. Le sentiment d'une perte de capital santé et de capital symbolique caractérise ces femmes pour qui la cessation des règles sonne le glas de la féminité et l'entrée dans la vieillesse. Ces femmes, âgées de moins de 55 ans, d'un niveau d'éducation secondaire et supérieur et vivant en milieu urbain, appartiennent à des foyers plutôt aisés. Les femmes caractérisées comme « maternelles » (9 %) ont également une représentation négative de la ménopause, mais sont essentiellement préoccupées par la perte de fécondité. Ces femmes sont les plus jeunes de l'échantillon et ne sont pas encore ménopausées. Elles exercent un métier de type employé et appartiennent à des foyers peu aisés. 23 % des femmes font part d'une

représentation ambivalente à l'égard de la ménopause. Elles considèrent l'arrêt des règles à la fois comme une libération et comme une perte. Si la perception d'une perte du capital santé est modérée, celle de perte d'un capital symbolique est importante chez ces femmes. Ce groupe rassemble des femmes de tous âges et de toutes catégories sociodémographiques. « 13 % des femmes de l'échantillon se font une représentation neutre de la ménopause. Elles témoignent de leur relative impassibilité face à un évènement qui ne semble pas introduire de changements marquants dans leur vie » (Delanoë, 2001, p. 351). Ces femmes n'expriment pas de perte à l'égard de l'arrêt de la fécondité ou des règles. À leur sens, le capital esthétique et symbolique ne varie pas. Plus nombreuses à ne pas avoir eu d'enfants, urbaines et actives, elles appartiennent à des foyers aisés, disposent d'une autonomie financière importante. Elles sont particulièrement nombreuses en région parisienne. 31 % des femmes, les « naturelles », considèrent la ménopause comme un phénomène naturel peu important mais qu'il faut respecter. Elles font part d'une indifférence vis-à-vis de l'arrêt des règles et de peu de variation quant à leur capital santé, leur capital esthétique et symbolique. Peu médicalisées, ces femmes n'ont pas souvent recours à un traitement hormonal. Elles appartiennent à un milieu aisé et une bonne part d'entre elles n'a pas eu d'enfants. Enfin, une représentation positive de la ménopause est exprimée par 17 % des femmes, qui la vivent comme une libération. Celles-ci sont satisfaites de l'arrêt des règles et de la fécondité et ne notent pas de variation de leur capital esthétique ou symbolique. Ce qui est à retenir est leur sentiment de « disponibilité à soi-même » découvert avec le départ des enfants ou la retraite. Ces femmes sont plus nombreuses à avoir plus de 60 ans, à avoir un niveau d'étude primaire et à ne pas travailler. Ce sont celles qui ont le plus d'enfants. Du point de vue de la distribution socioprofessionnelle, « le niveau d'instruction est plus élevé chez les négatives, les maternelles et les naturelles et se limite souvent au niveau primaire chez les positives » (*Ibid.,* p. 364), tandis que le niveau économique aisé est associé aux représentations neutre et naturelle de la ménopause. En outre, les représentations de la ménopause orientent le recours au traitement hormonal de substitution (THS) : les femmes qui ont une représentation négative de la ménopause sont plus nombreuses à utiliser un traitement hormonal. Les femmes envisagent le THS en triptyque : il constitue un médicament, un soin cosmétique et un moyen de repousser l'entrée dans la vieillesse.

Les travaux de Delanoë permettent de comprendre que « l'âge et le fait d'être ménopausée ou non interviennent fortement dans la représentation de la ménopause. (…) L'anticipation de la ménopause est souvent plus négative que l'expérience elle-même » (*Ibid.,*

p. 364). Nous souhaitons, toutefois, interroger la notion d'« évènement » utilisée par Delanoë pour rendre compte de la ménopause, qui fige l'expérience et oblitère sa dimension processuelle. Nous questionnons, en outre, la typologie qu'il propose car elle fait de la ménopause une expérience univoque pour l'individu. Nous tenterons donc de comprendre si des représentations différentes de la ménopause peuvent émerger chez un même individu tout au long de l'expérience de la ménopause en nous intéressant aux questions de dynamique et de temporalité.

Dans un article de 2014, Mbarga choisi un paradigme d'appréhension proche de celui de Delanoë pour rendre compte des expériences de femmes suisses et camerounaises à la ménopause. De son analyse, quatre manières d'appréhender la ménopause émergent. Ainsi, une minorité de femmes a une attitude négative vis-à-vis de la ménopause, perçue comme un cap difficile à franchir. Elles s'attardent particulièrement sur la description des symptômes éprouvés qui, selon elles, altèrent à des degrés divers leur qualité de vie. Près d'un quart des femmes fait preuve d'une attitude ambivalente, entre le confort procuré par l'arrêt des menstruations et l'inconfort qu'induisent les troubles ressentis. Quelques unes manifestent de l'indifférence, et pour elles, « la ménopause constitue une étape inéluctable de l'existence, qui n'apporte pas de changements particuliers. Même si elles rapportent des désagréments, ces femmes ne s'y attardent pas, considérant que la ménopause n'est pas différente des autres étapes de la vie féminine, qui ont aussi des avantages et des inconvénients » (Mbarga, 2014, p. 9). Enfin, plusieurs femmes témoignent d'une attitude positive : « malgré les désagréments, la ménopause, dédramatisée et déstigmatisée, est appréciée comme l'entrée dans une période de maturité, de croissance personnelle et de renouvellement » (*Ibid.*).

Dans sa thèse intitulée *Ménopause et hormonothérapie, expériences et représentations de femmes baby-boomer* (2005), Christine Thoër-Fabre analyse les représentations de femmes françaises à l'égard de la ménopause et du traitement hormonal de substitution (THS). Elle aborde ces questions après la divulgation des résultats de l'étude américaine Women's Health Initiative (WHI) portant sur le THS, qui a mis en lumière le lien entre usage d'un traitement hormonal et augmentation de cancers chez les femmes : « en juillet 2002, à la suite de la publication des premiers résultats de l'étude expérimentale américaine WHI dans le prestigieux *Journal of the American Medical Association* (JAMA), le rapport risque/bénéfice des THS est sérieusement inversé. L'étude réalisée auprès de 16 600 volontaires (…) est

interrompue dans sa sixième année du fait de l'augmentation des cancers du sein et des accidents cardiovasculaires chez les femmes traitées pendant cinq ans » (Thoër-Fabre, 2005, p. 6).

Thoër-Fabre s'intéresse, d'une part, à l'hormonothérapie et à sa diffusion. Elle met en évidence les conséquences de la publication des résultats de l'étude WHI sur le marché des THS et les prescriptions des médecins. En Occident, d'importantes variations existent dans la prévalence d'utilisation du THS : « la proportion des femmes ménopausées suivant un traitement de substitution est ainsi estimée à environ 18 % en Italie, 50 % en Norvège, 35 % en Allemagne, 60 % au Royaume-Uni, et 38 % aux États-Unis » (*Ibid.,* p. 18). La proportion actuelle des femmes françaises sous THS n'est pas connue avec précision. En 2004, on la situait 30 et 50 % des femmes âgées de 48 à 64 ans, soit 1,5 à 2,7 millions d'individus (AFSSAPS-ANAES, 2004). Jusqu'à la publication de l'étude WHI, la prévalence d'utilisation du THS augmentait régulièrement. Plusieurs facteurs devaient ainsi concourir à la croissance du marché de la ménopause : l'augmentation de l'espérance de vie, l'arrivée à la ménopause des femmes de la « génération pilule » et le remboursement des traitements. La croissance du nombre de prescriptions a connu un frein depuis la publication de l'étude WHI : « selon le baromètre IMS/Le Généraliste, les ventes en unités représentaient 2,2 % des médicaments prescrits en France en 2002, contre 1,8 % en 2003 et 1,3 % en août 2004, soit une baisse de plus de 40 % par rapport à 2002 » (*Ibid.,* p. 19).

Thoër-Fabre a réalisé, d'autre part, une enquête qualitative auprès de femmes ménopausées ou en voie de l'être, urbaines et issues de la génération du baby-boom. Elle montre que les représentations des femmes à l'égard de la ménopause sont centrées autour de la notion de variation hormonale, témoignant d'une large diffusion du modèle biomédical. Toutefois, la signification attribuée par les femmes à la variation hormonale varie. Pour une majorité de femmes, témoignant d'une forte adhésion au modèle biomédical, la ménopause met le corps à risque. Les autres femmes estiment qu'elle constitue la fin d'un cycle physiologique normal, attribuant à l'arrêt de la production ovarienne un impact très limité sur la santé ou l'existence. Ces dernières vivent l'arrêt des règles de manière sereine et se distancient largement du modèle biomédical. La ménopause constitue pour elles un « non événement » selon Thoër-Fabre, qui rejoint Delanoë sur l'utilisation de ce terme que nous souhaitons questionner.

Thoër-Fabre propose une typologie de représentations de la ménopause qui rend compte de cinq manières de l'appréhender. Deux représentations sont assez proches : la « ménopause

effacée » et la « ménopause contrôlée ». Elles sont le fait de femmes qui considèrent que les conséquences de la variation hormonale peuvent être contrôlées, voire évitées, par la prise d'un THS. Pour ces femmes, grâce au traitement hormonal, la ménopause constitue un « non événement » ou un « événement biologique » pouvant avoir un impact sur la vie sociale et professionnelle avec une portée limitée puisqu'il est réversible. L'arrêt des règles est généralement envisagé avec tranquillité. La disponibilité du THS, qui modifie l'expérience de la ménopause, joue donc un rôle très important pour elles. Les femmes qui considèrent que la ménopause peut être effacée sont plus nombreuses à avoir effectué une scolarité universitaire. La représentation de « ménopause naturelle » apparaît chez des femmes pour qui la ménopause constitue une évolution physiologique naturelle marquant la fin du cycle reproductif. Elles considèrent que la fin de la production ovarienne peut entraîner des inconvénients mais ceux-ci sont jugés mineurs et sans conséquences sur la santé. La représentation de « ménopause fatalité» est celle de femmes qui témoignent d'un sentiment de contrôle réduit sur le corps et vivent la ménopause comme un destin féminin auquel il est difficile d'échapper. Elles envisagent l'arrêt des menstruations et la fin de la fécondité de manière ambivalente, à la fois comme un soulagement, mais aussi comme la fin de la jeunesse, et pour certaines, de la féminité. À la ménopause, ces femmes se sentent projetées dans le vieillissement. Enfin, la représentation d'une ménopause « transition libératrice » apparaît chez des femmes qui considèrent que, si la ménopause entraîne une prise de conscience du vieillissement, elle est aussi libératrice : elle les amène à renégocier leurs engagements sociaux et professionnels. Les femmes qui vivent la ménopause comme une transition libératrice et celles qui adhèrent à la représentation d'une ménopause effacée ou contrôlée sont plus nombreuses à témoigner d'une volonté de maîtriser leur destin physiologique ou tout du moins de rester en contact et à l'écoute du corps.

Le rôle des représentations de la ménopause dans la construction de cette expérience se fait jour, notamment au sujet du nombre et de la signification des troubles qui lui sont attribués : chez les femmes qui adhèrent à la représentation « naturelle » de la ménopause, certaines décrivent ainsi des symptômes tout en les jugeant sans gravité car elles considèrent qu'ils s'inscrivent dans un cycle physiologique normal. L'expérience somatique participe également de la construction de la représentation : « elle active le processus représentationnel comme l'indiquent plusieurs des femmes qui adhèrent à la représentation de la ménopause ''contrôlée'' et qui déclarent avoir été surprises par les troubles dont elles ont fait l'expérience. Celles-ci s'engagent alors dans une démarche de validation et d'interprétation de

leurs manifestations somatiques, qui les conduit chez le médecin et débouche souvent sur la mise en route d'un traitement hormonal. L'engagement dans une hormonothérapie de substitution, parce qu'elle fait disparaître les troubles jugés gênants, accrédite la thèse du ''corps à risque'' et vient soutenir la représentation en construction » (*Ibid.,* p. 148).

Thoër-Fabre interroge, enfin, les représentations de médecins. Des entretiens menés avec des gynécologues, il ressort qu'ils placent la baisse du niveau d'œstrogènes et de progestérone au cœur de la ménopause. Ils considèrent que le dosage hormonal constitue le meilleur indicateur du statut de ménopause. Même s'ils présentent l'arrêt de la production ovarienne comme une évolution physiologique normale, tous « soulignent qu'il entraîne un risque d'inconfort plus ou moins important à court terme et d'ostéoporose à long terme. Cette notion de ''corps à risque'' est centrale dans leur discours. (Ils) insistent très largement sur les conséquences de l'arrêt de la production hormonale sur la santé physiologique et psychologique, témoignant pour la plupart, de représentations de la ménopause plutôt négatives » (*Ibid.,* p. 177). Si les gynécologues rejettent l'idée selon laquelle toutes les femmes traverseraient une période difficile à la ménopause, ils considèrent le THS comme une avancée technologique, un progrès pour la santé des femmes, qui les aide à passer le cap de la ménopause. Ils regrettent la méfiance des femmes à l'égard de ce traitement et jugent que celles qui ne s'engagent pas dans une hormonothérapie « font preuve d'une attitude rétrograde ou peu responsable » (*Ibid.,* p. 183).

Dans un article postérieur, « La pharmacologisation de la ménopause : l'hormonothérapie substitutive et ses fonctions dans les discours de ''baby-boomers'' françaises » (2007), Christine Thoër-Fabre et Joseph Josy Lévy s'intéressent à la question de l'hormonothérapie à l'aune du concept de technologisation.

Reprenant le concept de cyborg développé par Haraway, les auteurs soulignent le fait que les traitements hormonaux, permettent « de reconstruire et de refaçonner les corps, participant de l'émergence d'une nouvelle espèce, les cyborgs » (Thoër-Fabre et Josy Levy, 2007, p. 47) et, de ce fait, de poser différemment la question de la distinction entre naturel et artificiel. Ils rappellent les trois principales fonctions des traitements pharmacologiques : la réparation ou la stabilisation des fonctions physiologiques ou psychologiques, la mise en conformité du corps en regard de normes biomédicales et de présentation de soi et enfin, l'amélioration, voire l'extension, des capacités corporelles et psychiques. Ces trois fonctions se retrouvent dans l'analyse de l'hormonothérapie substitutive. Celle-ci possède, tout d'abord, une fonction

de restauration : elle est, en effet, un « ‘‘objet de soulagement’’ permettant d’atténuer les troubles associés à la ménopause, notamment les bouffées de chaleur, les migraines et les saignements utérins (…). Le traitement favorise ainsi une amélioration de la qualité de vie et surtout le retour à l’état ‘‘*normal’’* qui précédait cette phase d’instabilité » (*Ibid.,* p. 52). L’hormonothérapie possède également une fonction préventive face à l’apparition de maladies liées à la vieillesse, notamment l’ostéoporose, les maladies cardiovasculaires ou les pertes de mémoire : « ces femmes visent, grâce à leur engagement dans une hormonothérapie, à échapper à la figure de la vieille ‘‘*qui se tasse’’* et ‘‘*qui se casse’’*» (*Ibid.*). Enfin, il s’agit pour les femmes de repousser les limites temporelles et réorganiser les étapes physiologiques : « de prolonger la jeunesse et de favoriser la continuité identitaire (…) en prévenant ou en supprimant les troubles du climatère (le signifiant), il permet tout d’abord d’effacer la ménopause (le signifié), donnant la possibilité ‘‘*d’être soi-même’’*, de rester ‘‘*jeune dans sa tête et dans son corps’’* et de poursuivre une ‘‘*vie sexuelle normale’’*. Le traitement favorise aussi le maintien des activités, tant dans la sphère professionnelle que familiale. Il est présenté comme un régulateur de l’humeur évitant aux femmes d’être perçues sous la figure de la ‘‘*vieille acariâtre’’*» (*Ibid.,* pp. 53-54). Les femmes sont en effet nombreuses à considérer que la ménopause peut entraîner une modification de l’humeur. Le traitement constitue ainsi « une assurance de performance continue permettant aussi de mieux gérer les multiples rôles dans lesquels elles sont engagées » (*Ibid.,* p. 54).

Les auteurs remarquent que ce traitement s’inscrit dans la continuité des contraceptifs oraux : « la temporalité associée au cycle de vie féminin, marqué par des processus biologiques, dont la médicalisation commence plus précocement, suggère ainsi que l’hormonothérapie ne constitue pas une rupture dans la trajectoire de vie des femmes » (*Ibid.,* p. 56). Pour autant, l’analyse demande de prendre en compte le pouvoir émancipateur des nouvelles technologies médicales qui permettent de reconstruire les corps et les identités, notamment développé par Haraway et Héritier (2004), cette dernière, considérant « la diffusion de la contraception comme un facteur de dynamisme social, ayant entraîné, même si les inégalités entre les sexes persistent, un affranchissement progressif des femmes par rapport aux rôles traditionnels » (*Ibid.,* p. 58). L’appréhension de la question de l’hormonothérapie à l’aune des analyses développées par Haraway nous semble particulièrement pertinente. Elle nous invite à questionner la technologie et à nous intéresser à la dichotomie nature/culture ou naturel/artificiel qui sous-tend nos représentations et pratiques.

Dans l'article « La ménopause : instabilité des affects et des pratiques en France » (2004), Virginie Vinel propose l'analyse d'une étude menée auprès de femmes ménopausées avec un prisme différent des deux recherches menées jusqu'ici en France. Elle rappelle, avec Diasio et Vernazza-Licht (2002b), l'importance de dissocier vieillissement et ménopause : la ménopause soulève des représentations et des pratiques qu'il s'agit d'analyser en tant que telles. Loin de relever de la seule biologie, la ménopause « touche au plus près aux représentations des passages d'âge articulés aux passages biologiques des femmes, mais aussi à la construction des identités de genre et à la transmission des générations » (Vinel, *in* Héritier et Xanthakou, 2004, p. 222).

Pour comprendre l'expérience des femmes à la ménopause, il convient de l'articuler aux ménarches. Des entretiens menés par Vinel, il ressort que « toutes les femmes se souviennent avec précision de leurs premières règles. (…) L'apparition des premières règles se présente bien comme un fait marquant de leur histoire » (*Ibid.,* p. 223). Si le ressenti peut varier vis-à-vis du flux menstruel, « le vécu et la représentation des règles comme saleté et comme souillure, prépondérants dans les trois religions du Livre et dans de nombreuses cultures, ont donc été opérants pour ces femmes » (*Ibid.,* p. 224). Dans les récits de l'expérience des ménarches, les mères ont une place centrale : « si la mère n'est donc pas toujours l'informatrice, ni l'accompagnatrice bienveillante de ce moment, toutes les femmes disent le lui avoir annoncé » (*Ibid.,* p. 226). Cette référence à la mère est encore plus forte pour la ménopause : « la mère sert d'identification et de point de comparaison » (*Ibid.*). Ce savoir opère au sujet de l'âge de la ménopause et des symptômes qui y sont associées : « la connaissance et l'interprétation des symptômes physiques et psychiques viennent de l'observation de leur mère » (*Ibid.*). Si les femmes ont un souvenir précis de leurs premières règles, il n'en est pas de même pour la ménopause : « dater le début de la ménopause leur a été difficile » (*Ibid.,* p. 228). Cette difficulté peut résulter de la prise d'un THS donnant des menstruations ou de la difficile circonscription des dernières règles. Ce qui apparaît est l'omniprésence de l'intervention médicale : « le médecin (gynécologue ou généraliste) intervient, tout d'abord, pour interpréter, en termes de ''périménopause'', les symptômes que les femmes d'une quarantaine d'années lui signalent » (*Ibid.,* p. 229). Le dosage hormonal signifie ensuite aux femmes qu'elles sont ménopausées. Dans ce cadre, « le médecin, par son diagnostic et son protocole d'analyses, devient le dépositaire de l'identité des femmes et celui qui qualifie leur état » (*Ibid.*). Si le médecin a une place déterminante dans l'expérience de la ménopause, le recours à un traitement n'est pas homogène. D'une part, le médecin n'est pas le

seul prescripteur : médias et entourage (parentes et amies) font office de conseillers. D'autre part, « aucune n'a un itinéraire thérapeutique et un mode de médication univoque » (*Ibid.,* p. 233). Cette instabilité découle notamment de « l'absence d'un savoir certifié sur les traitements de la ménopause » (*Ibid.*). Ces pratiques instables et hétérogènes peuvent s'appréhender comme une forme de résistance à la médicalisation du corps des femmes : « les femmes tiennent à rester actrices de leur procès de médication » (*Ibid.*).

Les femmes rencontrées par Vinel vivent la ménopause sur un mode ambigu : « ce n'est pas tant l'arrêt des naissances qui les préoccupe (…). Mais la perte du pouvoir de procréation, même si elles n'en usent pas, les tracasse » (*Ibid.,* p. 230). Si les représentations associées à la ménopause varient, du vieillissement à la libération de la contraception, un sentiment est partagé par les femmes interrogées : l'inquiétude. Ainsi, « l'inquiétude principale porte sur la sexualité et la peur de ne plus avoir des relations satisfaisantes avec leur conjoint ou leurs amis » (*Ibid.*). Au-delà de ce souci, « pour aucune des femmes interrogées, n'émergent des représentations et des affects stables, univoques » (*Ibid.*, p. 232). Ainsi, cette analyse nous invite à nouveau à penser la ménopause, non comme un évènement qui saurait être « positif » ou « négatif », mais comme un processus aux dimensions plurielles.

Heather Dillaway interroge les liens entre ménopause et vieillissement dans l'article « Menopause is the ''Good Old'': Women's Thoughts about Reproductive Aging » (2005). Pour Dillaway, comprendre l'expérience des femmes à la ménopause demande de prendre en compte le contexte de vieillissement, ce qu'elle fait à partir d'une enquête par entretiens auprès d'américaines. Pour caractériser la ménopause, Dillaway utilise ainsi le terme « vieillissement reproductif » en temps que « processus qui indique la maturation biologique, qui souligne l'expérience genrée des femmes en matière de reproduction et qui montre que la ménopause doit être distinguée des autres processus de vieillissement » (Dillaway, 2005, p. 401, notre traduction). L'expérience du vieillissement reproductif se comprend à l'aune des transformations sociales qui ont marqué les pratiques en matière de reproduction. Ainsi, les usages actuels de la contraception aux États-Unis font que, pour nombre de femmes, la ménopause ne constitue pas un marqueur puisqu'elle n'est pas synonyme de cessation de la fertilité : « toutes les interviewées rapportent en avoir terminé avec la reproduction artificiellement au moyen d'une technique de contraception ou d'une intervention avant le début du vieillissement reproductif. Aussi, la ménopause ne constitue pas pour elles la cessation de la fertilité » (*Ibid.,* p. 405, notre traduction). Le contexte social de développement de la pilule explique l'émergence d'une perception nouvelle de la ménopause : cette

génération de femmes est la première à y avoir eu un large accès. En ce sens, « ces femmes ont pu avoir une expérience différente de leurs mères et grands-mères qui n'ont pas eu le même choix en termes de reproduction. Parce que l'accès direct aux techniques de contraception est récent, l'absence de lien entre ménopause et arrêt des capacités de reproduction l'est également » (*Ibid.,* p. 407, notre traduction). Les femmes, dégagées du devoir de contraception et des règles, vivent à la ménopause un renouveau de la sexualité. N'ayant plus la charge de la contraception du couple, elles soulignent, en effet, qu'à partir de la ménopause la sexualité leur procure plus de plaisir et d'excitation qu'auparavant « parce qu'elle est plus simple et moins préoccupante » (*Ibid.,* p. 401, notre traduction). De ces entretiens, il ressort enfin que la ménopause est perçue comme le « bon côté du vieillissement » (*Ibid.,* p. 411, notre traduction) par rapport à d'autres processus de vieillissement vécus de manière négative : « la plupart des femmes souhaitaient être débarrassées des règles et de la routine de contraception. De ce fait, la perte de la capacité de reproduction n'est pas perçue comme les autres processus de vieillissement » (*Ibid.,* notre traduction). La ménopause est associée à la liberté tandis que d'autres processus du vieillissement, telles que les douleurs ou la baisse de la vue, signifient, aux yeux des interviewées de Dillaway, une limitation de leurs capacités. Ainsi, « avec ce prisme d'analyse, la ménopause apparaît comme l'opposé des autres expériences du vieillissement » (*Ibid.,* notre traduction).

Ces travaux mettent l'accent sur l'importance de dissocier vieillissement et ménopause. Ils invitent à s'intéresser à la question du parcours reproductif et à appréhender la ménopause en tant que telle.

2.5 Ménopause et changement social

Si les représentations de la ménopause et l'expérience qu'en font les femmes sont liées à un contexte culturel particulier, certaines recherches mettent en lumière les remaniements qui peuvent présider aux représentations et pratiques associées à la ménopause au sein d'une même culture. Ces recherches permettent d'explorer la question de la ménopause à l'aune de la perspective du travail culturel, fruit de transformations sociales et des migrations humaines. Elles permettent de penser la question de la ménopause comme toujours en mouvement.

Dans sa recherche sur l'expérience et les représentations de la ménopause chez les femmes de la tribu Beti, Josiane Mbarga aborde le rôle joué par les transformations de la société camerounaise, et notamment le remaniement de la culture traditionnelle du fait de l'urbanisation, sur les représentations des femmes ménopausées et leurs pratiques. Nous avons vu que dans la société beti traditionnelle, la ménopause signifie la cessation de l'activité sexuelle et l'accession à un nouveau statut social pour les femmes. Celles-ci sont perçues comme des hommes et président à certains rites. À Yaoundé, capitale cosmopolite où « la ''tradition'' et la ''modernité'' s'interfèrent » (Mbarga, 2010, p. 96), les femmes ménopausées de la tribu beti rencontrées par l'anthropologue lui font part de représentations et de pratiques qui diffèrent de celles des rurales. Or, ces représentations et ces pratiques ne découlent pas d'un savoir différent : que ce soit en milieu rural ou milieu urbain, peu d'informations existent sur la question de la ménopause et ce processus n'est pas l'objet d'une médicalisation. Ainsi, qu'elles soient rurales ou urbaines, « n'ayant pas d'informations nécessaires, les femmes ne se préoccupent pas toujours de leur santé à l'orée de la cinquantaine » (*Ibid.,* pp. 106-107).

Les différences entre rurales et urbaines mettent en jeu non pas des savoirs différents, mais des rapports sociaux différents. Il en est ainsi des pratiques sexuelles : parce que « la définition de la sexualité ici s'éloigne du rapprochement avec sa fonction reproductive » (*Ibid.,* p.110), la vie sexuelle après cinquante ans est une situation plus fréquente en milieu urbain. Il en est de même des rôles dévolus traditionnellement aux femmes ménopausées, qui ne sont pas assignés de manière claire aux femmes urbaines et « s'il est donc vrai que le respect à l'égard des femmes ménopausées subsiste malgré les bouleversements en zone urbaine, il n'en demeure pas moins qu'il n'est pas aussi important qu'en milieu rural » (*Ibid.,* p. 74). L'évolution des mœurs en milieu urbain du fait de l'influence de la mondialisation, des stéréotypes sociaux moins contraignants, un réseau social plus étendu et un relatif anonymat expliquent également ces transformations. L'espérance de vie joue, en outre, un rôle dans les représentations des urbaines : parce qu'au Cameroun, l'espérance de vie pour les femmes est de 58 ans, les concepts de ménopause et de vieillesse se recoupent. Ainsi, les femmes urbaines associent la ménopause à une forme « d'inutilité de la femme, due au fait qu'elle est dépourvue de la possibilité, particulière et exclusive à son sexe, d'enfanter et qu'elle amorce la phase de vieillissement » (*Ibid.*). Les urbaines rapportent plus de symptômes pénibles que les rurales et sont, *in fine*, plus enclines à connoter péjorativement la ménopause. La question

de la ménopause se voit donc retravaillée à l'aune des transformations qui traversent ce contexte social.

La question de la mondialisation des modes de vie et des échanges apparaît donc fondamentale, tout autant que celle des migrations humaines : en se déplaçant, les individus font également voyager des représentations, qui peuvent être l'objet de remaniements dans les espaces sociaux d'arrivée.

Dans un article de 2001, Chilla Bulbeck analyse la manière dont s'opère la construction de la ménopause à l'intersection de plusieurs cultures. L'anthropologue étudie ainsi les représentations et l'expérience d'australiennes ménopausées d'origines chinoises et indiennes. Cette étude exploratoire, questionnant la ménopause à l'aune de l'interculturalité, s'intéresse aux représentations et aux expériences construites sur des discours multiples au sujet du corps : des discours traditionnels et un discours biomédical, se basant chacun sur des conceptions du corps différentes. Dans les entretiens qu'elle a menés auprès de femmes ménopausées, Bulbeck aborde, d'une part, leur perception des différents modèles de médecine et, d'autre part, leur expérience de la ménopause.

Elle propose, tout d'abord, un travail sur la comparaison entre modèle médicaux traditionnels (chinois et indiens) et modernes (occidental). Dans la culture chinoise, le corps féminin est pensé par stade de sept ans : les dents adultes poussent à sept ans, la puberté est effective à quatorze ans et, au mi-temps de la vie (7x7), les flux du corps féminin sont épuisés. Le terme « ménopause » n'existe pas en chinois : « même si la médecine chinoise reconnaît un changement physique, (…), elle ne voit là qu'un simple évènement dans le cours de la vie, identique dans sa caractérisation, si ce n'est dans le temps, pour les hommes et les femmes. Comme les femmes cessent d'avoir des menstruations, le sperme des hommes s'appauvrit » (Bulbeck, 2001, p. 5, notre traduction). Les symptômes éprouvés par les femmes à cette période sont les indices que leur *qi* décline. Afin de restaurer l'équilibre des flux, les femmes sont soignées par des herbes et de l'acupuncture. Au contraire de la médecine occidentale, la médecine chinoise est celle de la prévention. Ceci joue fortement sur l'expérience du corps chez les immigrées chinoises qui préfèrent les bénéfices à long-terme de la médecine traditionnelle chinoise estimant que « si la médecine occidentale est rapide, elle ne guérit pas les racines du mal » (*Ibid.,* notre traduction). Les australiennes d'origine chinoise restent attachées à la tradition et « souffrent rarement de symptômes ménopausiques. Depuis leur jeunesse, elles prennent des remontants pour les reins, le foie et le sang afin de

rééquilibrer leur corps : ‘‘elles ont été complètement corrigées’’ bien avant le déséquilibre de la ménopause » (*Ibid.,* notre traduction). Parmi elles, certaines ont recours aux herbes médicinales, d’autres à la méditation pour améliorer leur condition à la période de la ménopause. Elles font preuve d’autonomie dans leurs pratiques concernant la ménopause, parce que la médecine traditionnelle chinoise « permet aux femmes d’être responsables de leur santé et d’être leur propre praticien » (*Ibid.,* p. 13, notre traduction).

Dans la culture indienne, la ménopause n’est pas appréhendée en tant qu’objet en soi : « la ménopause n’est pas isolée, identifiée et étiquetée en tant que telle dans la langue Punjabi » (*Ibid.,* p. 7, notre traduction). Des symptômes que la médecine occidentale rapporte à la ménopause sont attribués au vieillissement. Ainsi, les indiennes associent moins les bouffées de chaleur à la ménopause qu’au processus de vieillissement. Plus précisément, les indiennes lient la ménopause à l’éveil du *kundalini*, « une énergie chaude, rapide, puissante, dont on dit qu’elle est à la source de toute expérience spirituelle et qui existe sur Terre, dans toute vie et chez tout individu. L’éveil du *kundalini* envoie des montées puissantes d’énergie très chaude dans la colonne vertébrale, comme une bouffée de chaleur » (*Ibid.,* p. 7, notre traduction). La médecine indienne traditionnelle « repose sur un concept holistique de l’individu, au sein duquel l’esprit et le corps font partie intégrante de la santé » (*Ibid.,* notre traduction). Dans ce cadre, elle propose « du yoga, du pranayama, du tai chi, de la méditation, de l’acupuncture, des régimes et changement de rythme de vie afin de réguler l’accroissement de l’énergie post-ménopausique » (*Ibid.,* notre traduction). Si quelques interviewées ont eu recours au THS, la plupart oppose de réelles résistances à la prise de traitements hormonaux.

Chez ces femmes immigrées, un travail sur leur propre expérience entre deux cultures se fait jour à la période de la ménopause. Les femmes rencontrées par Bulbeck, urbaines, font part d’un sentiment partagé sur la question de la ménopause. D’une part, elles font montre de satisfaction face à des traditions rurales qu’elles jugent rétrogrades : nourries par le discours médical occidental, elles se sentent dotées d’un savoir sur elles-mêmes qui les renforce. D’autre part, elles ont conscience que le savoir qu’elles ont acquis n’est pas neutre : il porte en lui une certaine vision de la ménopause. Une immigrée d’origine indienne explique ainsi à Bulbeck : « on ne connaît pas vraiment la ménopause en Inde, les gens sont ignorants, ils vivent dans une sorte de béatitude » (*Ibid.,* p.10). Acquérir les schèmes de perceptions de la biomédecine signifie pour elle sortir de la béatitude, dans tous les sens du terme. En outre, certaines interviewées évoquent le fait que l’isolement qui accompagne l’immigration concourt, dans le même temps, à une perte de savoirs : elles n’ont accès ni au savoir

traditionnel qui se transmet d'ordinaire au sein des familles, ni au savoir « moderne » puisque, de prime abord, elles ne sont pas familières des représentations et des pratiques en vigueur dans le pays d'accueil.

L'hybridation des représentations et des pratiques se fait jour dans l'exemple d'une interviewée inquiète de développer de l'ostéoporose à partir de la ménopause. Celle-ci tente de conjurer cette perte osseuse, non pas en ayant recours aux traitements « modernes » tels que l'hormonothérapie, mais en pratiquant « une méthode non-invasive pour densifier sa masse osseuse, basée sur des exercices physiques et sans ingestion de médicaments » (*Ibid.,* p.14, notre traduction). Cet exemple est celui d'un métissage de culture : il illustre une conjugaison de représentations à l'œuvre. D'une part, le travail du prisme biomédical avec l'imaginaire de la pathologie associé à la ménopause et l'idée d'un corps à risque et, d'autre part, le travail de l'approche traditionnelle, dans le refus de développer une pratique médicamenteuse jugée invasive et le choix d'une thérapeutique signifiante dans les représentations de sa culture d'origine.

La question de la mondialisation s'invite également dans l'analyse. Chilla Bulbeck décrit, en effet, l'expansion du marché pharmaceutique dans les pays d'Asie : « les entreprises pharmaceutiques, parfois de concert avec les médecins, ciblent les femmes de classe moyenne dans la cinquantaine, des villes de Taiwan et d'Inde. Au milieu des années 1990, (…) les femmes de Taipei n'avaient pas une ménopause médicalisée, (…) pour elles il était clair que la ménopause était un passage naturel ; aujourd'hui elles sont désorientées et se demandent si la ménopause est une maladie qui nécessite un traitement hormonal. Le taux d'utilisation a effectivement augmenté de façon spectaculaire ces dernières années. Les laboratoires ont pris pour cibles les médecins, les espaces dédiés aux consultations ménopause dans les hôpitaux, les magazines et les chaînes de télévision. L'entreprise pharmaceutique Wyeth a ainsi sponsorisé un mois dédié à la prise en charge de la ménopause, mettant en scène une chanteuse populaire dans la cinquantaine pour faire les louanges du traitement hormonal » (*Ibid.,* p.12, notre traduction). La mondialisation des échanges et des pratiques met en question l'uniformisation des corps et tout particulièrement des corps des femmes, soumis, plus que tout autre au regard et au contrôle social. L'étude exploratoire de Chilla Bulbeck souligne les négociations dont les représentations et les pratiques de la ménopause sont l'objet. La perspective de l'interculturalité éclaire le caractère dynamique de la ménopause, objet d'une économie mondialisée, qui peut constituer un facteur de brouillage des représentations.

2.6 La ménopause, un enjeu politique

La question de la ménopause est l'objet de nombreuses recherches de sociologues et d'anthropologues en Amérique du Nord, dans un contexte social où les travaux féministes sont institutionnalisés. Frances B. Mac Crea, Emily Martin, Susan Bell et Nelly Oudshoorn analysent la construction sociale de la ménopause et son traitement, ancré dans la médicalisation, comme un dispositif de pouvoir sur le corps des femmes. Leurs analyses posent la ménopause comme une question politique.

Dans l'article « The Politics of Menopause: The ''Discovery'' of a Deficiency Disease », Mac Crea analyse la question de la ménopause comme le lieu de luttes politiques et d'intérêts financiers majeurs. Plus particulièrement, elle s'intéresse aux enjeux financiers qui ont sous-tendus l'invention de la ménopause comme maladie carentielle aux États-Unis à partir des années 1960. Pour Mac Crea, santé et maladie sont des questions sociales, et, partant, politiques.

Mac Crea examine, tout d'abord, la manière dont la ménopause s'est vue peu à peu définie comme maladie carentielle. Cette définition de la ménopause trouve son ancrage dans la synthèse des œstrogènes : « à partir du moment où les œstrogènes de synthèse devinrent accessibles, dans les années 1960, les médecins traitèrent la ménopause comme une maladie carentielle » (Mac Crea, 1983, p. 111, notre traduction). Mac Crea retrace, en préambule, les étapes des découvertes en endocrinologie et met en évidence les tâtonnements de cette discipline. La première étape est marquée par l'expérience de rajeunissement faite par le physiologiste français Charles Edouard Brown Sequard après s'être injecté des extraits de testicules d'animaux et qu'il rapporte devant la Société de Biologie de Paris en 1889. « Quatre ans plus tard, le scientifique français Régis de Bordeaux, utilise des injections d'extrait d'ovaires afin de traiter une femme ménopausée atteinte de folie » (*Ibid.,* p. 112, notre traduction). Dans les années 1920, la folliculine est isolée par Allen et Doisey, à partir d'urine de femmes enceintes. En 1932, deux gynécologues décrivent dans l'*American Journal of Obstetrics and Gynecology* leurs efforts pour traiter des femmes ménopausées à partir de folliculine. Ce type de traitement était onéreux et les sources limitées, puisqu'ils provenaient d'humains. Ces problèmes furent résolus en 1936, « lorsque Russel Marker et Thomas Oakwood développèrent une forme synthétique d'œstrogène (…). Cette hormone bon marché et efficace allait être accessible à un large nombre de femmes et ouvrir la voie au développement de la pilule » (*Ibid.,* notre traduction). L'année 1943 marque la dernière étape

du développement de l'hormonothérapie « lorsque James Goodball développe un extrait d'œstrogène à partir d'urine de juments gravides. Nommée ''œstrogène conjugué'' et fabriquée par Ayerst sous le nom de Premarin, cette thérapie était moins efficace que l'œstrogène de synthèse, mais provoquait moins d'effets secondaires » (*Ibid.,* notre traduction).

À partir des années 1960, « l'œstrogène exogène était facilement accessible partout aux États-Unis, peu onéreux et facile à administrer. Ce traitement était utilisé pour guérir différents troubles liés au vieillissement. Mais si les œstrogènes devenaient un traitement, quelle pourrait être la maladie à traiter ? » (*Ibid.,* notre traduction). Si Mac Crea s'interroge, elle propose aussi une réponse : l'industrie pharmaceutique a produit une définition de la ménopause comme pathologie afin de trouver un objet au traitement œstrogénique. « La croisade pour redéfinir la ménopause comme maladie » (*Ibid.,* notre traduction) est menée par cette industrie avec pour porte-drapeau un éminent gynécologue américain, Robert A. Wilson, « au sommet de la Wilson Foundation, établie à New York en 1963 en vue de promouvoir les œstrogènes et soutenue par l'industrie pharmaceutique à hauteur de 1, 3 millions de dollars » (*Ibid.,* notre traduction). Les ouvrages du gynécologue ont eu une importance déterminante dans le déploiement de la définition de la ménopause comme maladie et l'administration à grande échelle du THS. Wilson soutient que la ménopause est une pathologie due à une carence en hormones au même titre que le diabète et le dysfonctionnement de la thyroïde. Dans l'ouvrage *Feminine Forever* (1966), il explique que « la ménopause est un dysfonctionnement menaçant ''l'essence féminine'' » (*Ibid.,* p. 113, notre traduction). Il présente le THS comme une « pilule de jouvence » permettant de guérir le nombre infinis de symptôme dus à la ménopause (bouffées de chaleur, ostéoporose, atrophie vaginale, flétrissement de la poitrine, rides, absences, irritabilité, frigidité, dépression, alcoolisme) et de retarder le vieillissement. Un faisceau de moyens est mis en œuvre pour promouvoir la thérapie œstrogénique aux États-Unis : « tout au long des années 1960 et 1970, l'ouvrage de Wilson a été l'objet de recension dans les magazines féminins et plus de 300 articles firent la promotion des œstrogènes dans des magazines populaires. Au cours de la même période une campagne publicitaire agressive, capitalisant sur l'étiquette carentielle associée à la ménopause, était lancée par l'industrie pharmaceutique américaine » (*Ibid.,* p. 114, notre traduction). Le lobby de l'industrie pharmaceutique possède une efficacité indéniable : aux États-Unis, le THS devient « le 5ème médicament le plus prescrit en 1975. Une étude de 1975 dans l'État de Washington révèle ainsi que 51 % des femmes post-ménopausées avaient fait

usage d'œstrogènes dans les trois derniers mois avec une durée médiane de traitement de plus de 10 ans » (*Ibid.,* p. 115, notre traduction). Pour autant, le soutien à la thérapie hormonale n'est pas unanime. Le THS va être l'objet d'attaques à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté médicale, du fait d'études démontrant son potentiel carcinogène : « la controverse liée au THS éclate en 1975, quand deux études épidémiologiques, menées par des équipes de l'université de Washington et du *Kaiser-Permanente Medical Center in Los Angeles*, établirent un lien entre la thérapie post-ménopause par œstrogènes et le cancer de l'endomètre » (*Ibid.,* p. 115, notre traduction). À la suite de ces publications, plusieurs autres études font état d'un lien entre THS et cancer. La définition même de la ménopause est critiquée au sein de la communauté médicale. Certains médecins s'opposent à l'appréhension de la ménopause comme maladie, à partir de données médicales montrant que « si la production d'œstrogènes décline à partir de la ménopause, le besoin des femmes plus âgées en œstrogènes est moindre [que celui de femmes plus jeunes] » (*Ibid.,* p. 116, notre traduction) et que « la production d'hormones par les glandes surrénales compense la diminution de celle des ovaires pour la plupart des femmes » (*Ibid.,* notre traduction). La critique du THS est également le fruit de féministes américaines, qui, dans les années 1970, « ont commencé à se confronter à l'autorité médicale et à questionner la légitimité du modèle de ménopause comme maladie. Elles lui opposèrent le fait que la ménopause n'est ni une maladie ni une pathologie, mais un processus de vieillissement naturel, que la plupart des femmes traversent sans grande difficulté » (*Ibid.,* p. 118, notre traduction). De nombreuses publications féministes déconseillent ainsi la prise d'un THS et des groupes d'information et de *self help* proposent aux femmes des solutions alternatives. Pour les féministes, « les mythes des menstruations et de la ménopause constituent des formes de contrôle social. En effet, si les femmes sont perçues comme physiquement et émotionnellement handicapées par les menstruations et la ménopause, elles ne peuvent ni ne doivent tenter d'entrer en compétition avec les hommes » (*Ibid.,* notre traduction). Dans une perspective féministe, Mac Crea analyse ainsi l'idéologie qui sous-tend la construction de la ménopause comme maladie : « en décrivant les capacités physiques et mentales des femmes comme dépendant de leur organes reproducteurs, le système de santé légitime le sexisme, sous le déguisement de la science » (*Ibid.,* notre traduction). Dans la lutte contre le THS, un travail conjoint est réalisé entre féministes et groupes de consommateurs : ceux-ci exercent, en effet, à partir de 1975 des pressions sur la Food and Drugs Administration (FDA) pour prévenir des dangers associés à ces traitements. Cette pression a pour effet l'insertion obligatoire d'une notice prévenant des dangers de cancers à l'utilisation de thérapie œstrogénique à chaque prescription. La

Pharmaceutical Manufacturing Association, associée au collège des gynécologues et obstétriciens notamment, attaquent la FDA en justice afin de bloquer cette initiative, sans succès.

Pour Mac Crea, finalement, il est important de mettre au jour les affinités structurelles entre l'économie de la santé et le statut des femmes car « le statut vulnérable des femmes constitue un soubassement fertile pour l'impérialisme médical. Le système de santé basé sur des honoraires a conduit à définir de plus en plus d'évènements de vie comme des maladies. La définition de la ménopause comme maladie a servi les intérêts de la profession médicale et de l'industrie pharmaceutique. Tant que ces agencements structurels ne changeront pas, la définition de la ménopause comme déficience hormonale risque de perdurer » (*Ibid.,* p.120, notre traduction).

Susan Bell analyse les mécanismes de la médicalisation de la ménopause dans un article de 1987 : « Changing Ideas : The Medicalization of Menopause ». Elle montre ainsi qu'aux États-Unis, « une petite élite de médecins spécialistes a créé une définition de la ménopause en tant que problème médical, l'étiquetant comme maladie carentielle » (Bell, 1987, p. 540, notre traduction). Pour Bell, plusieurs facteurs ont participé de ce processus de médicalisation. D'une part, le développement d'un cadre théorique et méthodologique éclairant le rôle des œstrogènes dans le processus de ménopause dans les années 1930. D'autre part, la production nouvelle d'œstrogènes de synthèse en 1938, permettant de tester la théorie étiologique de la ménopause.

Trois modèles d'explication de la ménopause ont été développés par les médecins et ont chacun participé de la médicalisation de cette expérience. La ménopause a été médicalisée au cours des années 1930 et 1940, « ce qui a été possible par le développement des sciences de laboratoires et de la recherche médicale » (*Ibid.,* p. 541, notre traduction). Ce processus est intimement lié au développement de l'endocrinologie sexuelle et de médicaments tels l'œstrogène de synthèse. Le modèle biologique d'explication de la ménopause s'est développé dans les années 1930 : les chercheurs « ont élaboré des théories au sujet du rôle des hormones dans les différences sexuelles, la reproduction et la sexualité ainsi que des instruments de recherche tels que des extraits d'hormones purifiés et des substituts de synthèse » (*Ibid.,* p. 536, notre traduction). La biologie permettait, selon eux, d'expliquer des comportements différents entre les sexes. Le modèle biologique endocrinien s'impose d'autant plus facilement que les nouvelles thérapies hormonales sont plus faciles et moins chères à produire. Elles deviennent accessibles à toutes les femmes ménopausées. Ces nouveaux outils

permettent, en outre, de standardiser des traitements et partant, d'asseoir le pouvoir des médecins grâce à des traitements perçus comme plus sûrs et plus efficaces par les patientes : « les avancées en endocrinologie sexuelle ont permis aux médecins de systématiser, de standardiser et d'améliorer leur travail. En ce sens, la science a accru leur autorité » (*Ibid.,* p.537, notre traduction). Au sujet de la ménopause, les études cliniques réalisées portaient sur des patientes qui recherchaient une aide médicale pour soigner des symptômes. C'est donc à partir de cas pathologiques que les études cliniques sont réalisées et si les spécialistes d'alors « expliquent que la plupart des femmes vivent bien la ménopause, ces femmes ne sont pas inclues dans les études cliniques » (*Ibid.,* p. 538, notre traduction). Le modèle biologique d'explication de la ménopause saisit la cessation de l'activité ovarienne comme l'évènement le plus important à cette période, face auquel, aux yeux des médecins « un traitement substitutif d'œstrogènes était la solution logique » (*Ibid.,* notre traduction). Dans ce cadre, le traitement substitutif vient pallier une insuffisance biologique. Comparée au diabète et à l'hypothyroïdie par les médecins et chercheurs, la ménopause peut, comme ces maladies, être traitée. Ce paradigme, biologisant les comportements, opère « une individualisation de l'expérience des femmes » (*Ibid.,* notre traduction) en faisant du biologique l'unique déterminant de cette expérience : la cause et la solution de la ménopause sont ainsi localisées dans chaque individu.

Un deuxième modèle explicatif de la ménopause, psychologique, est développé par la recherche médicale, selon lequel « les symptômes à la ménopause peuvent être le fait de la personnalité d'une femme et non du manque d'œstrogènes » (*Ibid.,* p. 539, notre traduction). Dans ce cas, une psychothérapie, et non une œstrogèno-thérapie, était indiquée. Ce modèle justifie les difficultés des femmes à la ménopause par un fonctionnement psychologique pathologique. Comme dans le modèle biologique, les femmes sont jugées responsables de leur maux à la ménopause : « si les femmes se débarrassent de leurs névroses, les symptômes de ménopause disparaîtront » (*Ibid.,* p. 539, notre traduction).

Le dernier modèle place l'environnement de l'individu dans l'étiologie des symptômes de ménopause : le stress de la vie domestique et conjugale est ainsi pris en compte par certains médecins. Tout en les enjoignant à ne pas craindre de vieillir, ces médecins conseillent à leurs patientes des règles de vie, telle que « la lecture, le sommeil et l'exercice » (*Ibid.,* notre traduction). Prenant en compte les dimensions sociales et culturelles de l'expérience de la ménopause, ce modèle « élargit la vision de la médecine en incluant d'autres aspects que les seules physiologies et psychologies des femmes dans le diagnostic et le traitement de la

ménopause » (*Ibid.,* notre traduction). Pour autant, un mécanisme identique aux deux autres modèles prévaut : « même si l'étiologie est identifiée comme extérieure, au contraire des modèles biologique et psychologique qui mettaient en avant les causes internes des symptômes, la solution est située chez l'individu » (*Ibid.,* notre traduction).

Ces trois modèles étiologiques participent de la médicalisation de la ménopause, laquelle affermit l'autorité médicale : en recommandant aux femmes de prendre conseil auprès de médecins à la ménopause « les spécialistes ont fait de la ménopause un problème médical, non pour certaines femmes, mais pour toutes les femmes » (*Ibid.,* p. 540, notre traduction).

Dans *Beyond the Natural Body* (1994), Nelly Oudshoorn met en évidence la dimension centrale, dans l'essor de la thérapie hormonale, des liens entre les laboratoires pharmaceutiques, les médecins et les laboratoires de recherche. Oudshoorn s'intéresse, plus précisément, à la place déterminante de l'industrie pharmaceutique dans le processus de diffusion du traitement hormonal. Elle souligne ainsi la manière dont la ménopause est devenue un enjeu économique en Occident : la diffusion de l'hormonothérapie a été favorisée par les relations étroites entre les chercheurs des laboratoires académiques, les cliniciens et l'industrie pharmaceutique à partir des années 1920.

Le groupe pharmaceutique néerlandais Organon est le principal producteur d'hormones sexuelles dans les années 1920. Or, lorsque les hormones sexuelles sont développées, elles sont de simples produits chimiques dont la portée thérapeutique est relativement inconnue : « les hormones sexuelles peuvent être dépeintes comme des médicaments en recherche de maladies » (Oudshoorn, 1994, p. 108, notre traduction). Organon doit s'associer avec la profession médicale afin de comprendre la portée thérapeutique de ces hormones, ce qui passe notamment par la mise en place d'essais cliniques en association avec des médecins et des laboratoires de recherche. Les femmes, patientes d'hôpitaux pour la plupart, sur lesquelles sont testées les thérapies constituent pour Organon une « matière première » (*Ibid.,* p. 108, notre traduction) indispensable afin de circonscrire le champ de prescription de la thérapie hormonale. La mise en place d'essais cliniques relève d'un échange de bons procédés entre différents acteurs : elle permet aux médecins des hôpitaux l'accès à des thérapies hormonales de bonne qualité en échange de l'accès à leurs patientes. En outre, l'association avec la profession médicale permet à Organon de cultiver ses relations avec les médecins et « elle lui assure ainsi un lien étroit avec son marché » (*Ibid.,* notre traduction). Les relations avec les hôpitaux constituent, également, un appui institutionnel important pour l'entreprise.

Plus précisément, l'association entre Organon et le médecin Ernest Laqueur, dirigeant un laboratoire de pharmacie à l'Université d'Amsterdam, a eu un rôle déterminant dans la diffusion de la thérapie hormonale. Travaillant de concert sur la thérapie hormonale, l'entreprise et le chercheur mettent en commun leurs connaissances et leurs matériels. En outre, « le personnel d'Organon était entraîné aux techniques de test au sein du laboratoire de Laqueur à l'Université d'Amsterdam avant d'être employé dans l'entreprise » (*Ibid.,* p. 87, notre traduction). L'association d'Organon et de Laqueur « a eu pour but de commercialiser les hormones sexuelles féminines et masculines en tant que nouveau type de médicaments dans les années 1920 et 1930 » (*Ibid.,* p. 87, notre traduction). Alors que les traitements étaient, tout d'abord, prescrits pour les désordres du cycle menstruel, les indications médicales de la thérapie hormonale sont élargies au traitement de la ménopause, à l'infertilité et aux problèmes des organes génitaux au début des années 1930. Toutefois, « Organon n'était pas satisfait de l'applicabilité très large et non spécifique de la thérapie » (*Ibid.,* p. 94, notre traduction). Aussi, à partir de 1932, Laqueur met en place des essais cliniques auprès de patientes ménopausées et développe avec succès la diffusion du traitement par hormones des symptômes de la ménopause dans de nombreux hôpitaux. Dès lors, « Organon fait du traitement de la ménopause l'application principale de la thérapie par hormones sexuelles féminines. En 1938, la direction d'Organon décide de choisir la ménopause comme indication médicale majeure dans la campagne de publicité annuelle pour les préparations à base d'hormones sexuelles féminines » (*Ibid.,* p. 95, notre traduction). Dans le but de diffuser la thérapie hormonale, Organon se tourne également vers des entreprises ayant une main-d'œuvre largement féminine afin de faire connaître ses produits et d'en vanter les bienfaits dans le traitement des symptômes de la ménopause auprès des dirigeants des entreprises ainsi que des autorités de santé publique : « Organon utilise ainsi les intérêts économiques d'autres entreprises et institutions pour faire avancer les siens » (*Ibid.,* p. 96, notre traduction).

Pour Oudshoorn, « la construction de la ménopause comme maladie carentielle est directement liée à des motifs économiques » (*Ibid.,* notre traduction) et il est indispensable d'appréhender l'histoire du traitement hormonal comme le produit des intérêts d'un réseau d'acteurs sociaux. Si la ménopause est une question politique, c'est aussi parce qu'elle constitue un enjeu économique majeur.

Dans son ouvrage *The Woman in the body* (1987), Emily Martin aborde la manière dont la fécondité et la reproduction sont culturellement construites et mises en scène dans la culture américaine, et plus largement occidentale. À partir de l'analyse d'ouvrages médicaux et d'entretiens auprès d'américaines, elle s'intéresse à la construction et au traitement social des évènements construits comme déterminants dans la vie des femmes : les menstruations, l'accouchement et la ménopause. Cette réflexion éclaire le caractère situé et idéologique de la pensée médicale, la dimension de domination sur le corps des femmes qui sous-tend les pratiques médicales et les résistances développées par elles à son encontre. Croisant les concepts de classe et de genre, Martin compare le travail reproducteur des femmes dans la culture occidentale à un travail de production, pris dans une optique capitaliste d'aliénation : aliénation des femmes vis-à-vis de leurs pairs, de leur famille, de leur corps. Dans les représentations qui sous-tendent la construction du corps féminin dans la littérature médicale, l'image de l'usine acquiert une place majeure au fil du XIXe siècle, enrichie aujourd'hui par des métaphores économiques et managériales. Le discours médical construit, en outre, le système reproducteur féminin sur le modèle d'un système d'information à structure hiérarchisée : « le système féminin cerveau-hormone-ovaire est décrit non pas comme un circuit de réponse, tel un thermostat, mais comme un système hiérarchisé, au sein duquel les ''instructions'' et les ''ordres'' de l'un dominent.(…) C'est un système de communication organisé hiérarchiquement et non un système de décisions communes et d'influences mutuelles » (Martin, 1987, p. 41, notre traduction). Au sein de ce système, le cerveau et plus particulièrement l'hypothalamus, est dépeint comme décideur et pourvoyeur actif d'instructions aux ovaires, récepteurs passifs de ces injonctions : « les métaphores médicales dominantes associées au corps féminin au sujet des menstruations, de l'accouchement et de la ménopause impliquent un système hiérarchisé et centralisé, organisé dans le but d'une production efficiente et rapide » (*Ibid.,* p. 66, notre traduction).

Dans cette construction réside une des raisons majeures de la pathologisation de la ménopause, « conséquence logique d'une pensée qui fait du corps un système d'information hiérarchisé » (*Ibid.,* p. 42, notre traduction). Dans le discours médical, en effet, ce qui est en jeu à la ménopause est « l'effondrement d'un système de pouvoir » (*Ibid.,* notre traduction) : les ovaires ne répondent plus positivement aux ordres de l'hypothalamus, lequel, du fait de la moindre production d'œstrogènes, en vient à donner des ordres inappropriés. Pour Martin, la métaphore du système reproducteur est le miroir de l'organisation même de notre société de production hiérarchisée. Dans ce contexte, tout manquement à la production est défini comme

échec et c'est en ces termes que se voit décrite la ménopause : elle est construite à l'image d'« un manque de production, sorte d'usine désaffectée, d'entreprise en échec » (*Ibid.,* p. 45, notre traduction). En outre, les menstruations sont prises dans le prisme téléologique de la pensée médicale et construites comme le produit d'un échec de fécondation. Dans ce sens, leur cessation marque les femmes du sceau de l'obsolescence.

Dans la littérature médicale, les femmes sont associées à la passivité et toute autonomisation leur est déniée. Les épisodes majeurs de leur vie sont oblitérés dans la pratique : la visite chez le gynécologue ou la manière d'accoucher participent ainsi d'un travail de « fragmentation du corps » (*Ibid.,* p. 75, notre traduction), construisant la représentation et la sensation d'un corps séparé de soi chez les femmes. Les femmes sont construites comme agies par leur corps : le travail de l'accouchement n'est pas pensé comme une action des femmes, mais une action en tant que telle, comme dans l'expression « le travail a commencé ». L'utérus apparaît, en outre, comme une entité séparée, travaillant à une production. De même, la ménopause n'est pas un processus dont les femmes sont actrices, mais qu'elles doivent surmonter.

Les entretiens que Martin a menés avec des américaines touchent à leurs expériences des menstruations, de l'accouchement et de la ménopause, en termes de représentations et de pratiques. Concernant la question de la ménopause plus particulièrement, et au regard d'initiatives féministes travaillant à proposer d'autres sens aux expériences féminines que celui avancé par la biomédecine, la question centrale de l'anthropologue est la suivante : « existe-t-il une ''grammaire culturelle'' alternative concernant la ménopause, en dépit de l'image d'atrophie et d'échec qui lui est associée ? » (*Ibid.,* p. 166, notre traduction). Martin propose une analyse en termes interactionnistes de ce qu'elle juge être un élément déterminant de l'expérience de la ménopause pour les femmes : les bouffées de chaleur. À ses yeux, en effet, ces manifestations corporelles constituent un ressort majeur d'embarras pour les femmes au sein de la scène sociale et jouent sur les dimensions de pouvoir et de statut qui la sous-tendent. Dans la situation d'une bouffée de chaleur en public est en jeu pour les femmes, tout d'abord, l'inadéquation de leur ressenti et de leurs manifestations corporelles : « les femmes évoquent le manque de concordance : leur impression que la pièce est trop chaude ne concorde pas avec celle des autres » (*Ibid.,* notre traduction). Ensuite, les bouffées de chaleur possèdent un caractère fortement inconvenant car elles constituent les signes manifestes de processus internes associés aux ovaires et plus largement, à l'appareil reproducteur des femmes, censés se garder pour soi. Enfin, le surgissement de bouffées de

chaleur opère comme le rappel abrupt du corps féminin et de son âge au sein de l'interaction. Dans l'expérience des bouffées de chaleur, « les femmes sont enjointes à l'impossible : garder secret une part d'elles-mêmes qu'elles ne peuvent s'empêcher de manifester aux yeux de tous » (*Ibid.,* p. 177, notre traduction). En outre, les représentations dépréciatives associées aux bouffées de chaleur reposent sur un système dichotomique fondé sur l'antinomie froid-masculin/chaud-féminin : ainsi, se fait jour une proximité symbolique de concepts tels que « d'un côté, le pouvoir, la hauteur, la rationalité et le froid, et de l'autre, le manque de pouvoir, les positions subalternes, les émotions et la chaleur » (*Ibid.,* p. 172, notre traduction). Cette analyse met en lumière comment, pratiquement et symboliquement, dans les chairs et les interactions, la subordination des femmes est prégnante.

De son enquête menée auprès des femmes ménopausées, il ressort que celles-ci ne font pas usage de représentations et de rhétoriques biomédicales. Elles n'ont, en outre, pas de représentations déficitaires de la ménopause. Certaines évoquent l'expérience de la ménopause comme une source de recentrement et d'autonomie : à cette période, « elles ont le sentiment de passer de nouvelles étapes menant vers l'indépendance, la force et le pouvoir. (…) elles la voient comme la libération d'une énergie et d'une potentialité nouvelle » (*Ibid.,* p. 176-177, notre traduction). Les femmes rencontrées font preuve des difficultés à ne pas déborder le seul sujet de la ménopause dans les entretiens : « elles veulent s'écarter de la question de la ménopause pour aborder aussi d'autres aspects de leur vie. Il apparaît donc que ces femmes ne font pas l'expérience de la ménopause comme si elle était un épisode à part dans leur vie, comme le serait un séjour à l'hôpital pour cause de maladie. Elles décrivent la ménopause liée à tous les autres évènements de la vie » (*Ibid.,* p. 176, notre traduction). Au contraire, les jeunes femmes rencontrées font part de perceptions plus négatives sur l'expérience de la ménopause, parce qu'elles « ont intégré plus fortement le modèle médical de hiérarchie et de contrôle » (*Ibid.,* p. 174, notre traduction). Elles jugent l'expérience de leurs aînées par le prisme de la perte de contrôle sur le corps.

Dans une optique féministe qui donne une réponse à sa question initiale, Martin met en avant la forme que pourrait prendre l'alternative au traitement biomédical de la ménopause : cette alternative pourrait consister à résister à la répression dont les manifestations du corps à la ménopause, telles que les bouffées de chaleur, sont l'objet. Cette résistance relèverait d'une affirmation pour les femmes : « que les femmes fassent publiquement part de leur état, qu'elles revendiquent l'existence de la ménopause en tant qu'épisode constitutif de leur vie, qu'elles mettent ainsi leurs collègues masculins dans l'embarras, en provoquant

paradoxalement chez eux ce qui constitue l'emblème de la subordination dans notre culture : de la chaleur et de l'émotion » (*Ibid.,* p. 177, notre traduction).

Dans l'article, « Menopause as process or event » (1988), Patricia Kaufert propose une critique de la médicalisation de la ménopause en éclairant plus avant les méthodes de la communauté médicale. L'anthropologue analyse, en effet, le traitement de la ménopause par la communauté scientifique médicale comme la traduction de pratiques de recherche : « le choix d'une définition, la sélection d'une population à visée de recherches et la formulation d'hypothèses sont moins déterminés par la réalité de l'expérience d'une femme ménopausée que par les rituels du processus de recherche » (Kaufert, 1988, p. 335, notre traduction). Ainsi, un des biais des études cliniques se rapportant à la ménopause est le recrutement de la population : « pour la plupart, les individus qui participent à ces recherches sont des femmes ménopausées patientes de services médicaux. Ce sont généralement des femmes avec des problèmes de ménopause sérieux, résultant souvent d'une double ovariectomie. Tous les échantillons de patients sont suspects, mais ces femmes forment un groupe particulièrement non représentatif. Utiliser les données de ces recherches a l'inévitable effet de biaiser l'analyse vers les extrêmes de l'expérience de la ménopause » (*Ibid.,* p. 345, notre traduction). L'écueil de la généralisation des études cliniques est mis en évidence. Elle constitue, en effet, le signe de l'idéologie qui sous-tend la biomédecine : « l'enthousiasme des chercheurs à généraliser à partir de quelques sujets à l'ensemble des femmes reflète un certain point de vue sur les femmes. Plus précisément, dans les études cliniques, le corps féminin est perçu comme le lieu d'une série de processus biochimiques variant très peu d'une femme à une autre. De ce fait, étudier un corps à la ménopause donnerait un aperçu de tous les corps. Le chercheur est ainsi tout à fait à l'aise avec l'idée que l'on peut généraliser à partir de quelques femmes dans une étude à toutes les femmes ménopausées » (*Ibid.,* notre traduction). Les données sociales, culturelles et économiques sont largement laissées pour compte dans ces études, comme si elles ne participaient pas largement de l'expérience de la ménopause.

En outre, la définition de la ménopause en tant que cessation des menstruations constitue une aporie. D'une part, cette définition engage l'analyse de l'expérience dans un contresens : « prendre les dernières menstruations comme point de départ de la définition de la ménopause revient à en faire un évènement précis dans le temps, alors que (…) les femmes perçoivent la ménopause comme un processus qui s'élabore dans le temps » (*Ibid.,* p. 333, notre traduction). D'autre part, cette définition ne parvient pas à rendre compte du caractère pluriel

de l'expérience de la ménopause. De ses recherches auprès de femmes canadiennes dans le Manitoba, l'anthropologue rapporte, en effet, une expérience radicalement différente de celle dépeinte par le discours médical occidental. Kaufert met ainsi au jour la relativité de l'hypothèse de l'arrêt des menstruations comme marqueur de la ménopause, au regard de l'expérience des femmes au Manitoba, « qui n'attendent pas que leurs règles cessent, mais se nomment ''ménopausées'' dès qu'il y a un changement de rythme dans leur cycle menstruel » (*Ibid.,* notre traduction). Ainsi, le fait de se nommer « ménopausée » engage la capacité à être actrice de sa propre expérience : « c'est une définition de soi par soi, basée sur la perception de chaque femme sur ce qui est, ou n'est pas, normal ou bien régulier à ses yeux » (*Ibid.,* notre traduction). En outre, si elles éprouvent des bouffées de chaleur, « certaines femmes se déclarent ménopausées qu'elles aient encore leurs règles ou que leurs dernières règles datent de plusieurs années » (*Ibid.,* notre traduction). La question de l'expertise des femmes sur leur propre corps est ici en jeu : ces femmes « font confiance à leur propre perception de leur corps et de ses changements » (*Ibid.,* notre traduction). Pour elles, la ménopause constitue « un processus qui dure aussi longtemps que ses symptômes, (…) non pas un simple évènement, mais un processus complexe et long de maints changements physiologiques » (*Ibid.,* notre traduction). Cette expérience diffère largement de celle des femmes en Amérique du Nord dont « les hormones sont mesurées par les médecins et dont les signes de morbidité et de mortalité sont enregistrés par les épidémiologistes, lesquels font très rarement référence à ce que les femmes disent ou à ce qu'elles expérimentent » (*Ibid.,* notre traduction). Ainsi, dans cette société, « on ne prend pas en compte le fait que la ménopause et ses symptômes sont un processus expérimenté par les femmes et dont elles sont capables de rendre compte » (*Ibid.,* p. 346, notre traduction).

La question de la médicalisation de la ménopause intéresse également Daniel Delanoë, qui propose d'interroger les effets de ce processus. Il souligne trois de ses effets : la pathologisation, la biologisation et la socialisation. Depuis les années 1960, le discours médical a, tout d'abord, produit une représentation de la ménopause particulièrement pathologique et négative. Le processus de médicalisation agit, en ce sens, comme pathologisation d'un phénomène naturel. La médicalisation constitue, ensuite, « un processus de biologisation de la perte de statut social à l'occasion de l'arrêt de la fécondité. Cette perte de statut est directement empruntée au sens commun et restituée comme une donnée de nature » (Delanoë, *in* Aïach et Delanoë, 1998, p. 246). La médicalisation ancre dans la biologie ce qui est, en fait, construit par le contexte social : le fait que la cessation de la

fécondité soit associée à une perte de statut social. Enfin, Delanoë analyse le processus de médicalisation comme socialisation, car elle permet un discours au sujet d'une expérience autrefois taboue : « la profusion du discours médical, sous formes 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 » (*Ibid.,* p. 212). Ainsi, le processus de médicalisation ne constitue pas seulement un processus ayant des effets de pouvoir sur les femmes, elle est aussi un moyen par lequel le tabou qui l'entourait jusqu'aux années 1980 dans notre contexte social, s'est effrité.

La médicalisation de la ménopause opère dans tout l'espace social. Ainsi, dans un article de 2002, ce sont les représentations véhiculées par les ouvrages et sites internet de vulgarisation médicale au sujet de la ménopause qui intéressent Virginie Vinel. Ils constituent des espaces par lesquels les représentations biomédicales se diffusent.

Si « tous les ouvrages définissent la ménopause comme l'arrêt des règles (Vinel, *in* Guerci et Consigliere, 2002, p. 327), les âges qui la caractérisent restent flous, tout comme le vocabulaire : certains parlent de préménopause, d'autres de périménopause et d'autres évoquent une post-ménopause : « la variation des données démontre l'imprécision qui persiste sur les âges à la ménopause, l'absence de données fiables, la variabilité que les auteurs doivent rencontrer dans leur cabinet » (*Ibid.,* p. 328). Toutefois, il ressort de cet ensemble d'énoncés que « la cinquantaine est l'âge défini socialement de la ménopause en France. Une femme de plus de 50 est considérée comme une femme ménopausée et inversement » (*Ibid*.)

Dans la littérature de vulgarisation médicale, la ménopause est décrite, avant tout, « comme une affaire d'hormones » (*Ibid*.) Alors que la période des menstruations est dépeinte par le prisme de l'équilibre, « ces descriptions d'un état parfait vont permettre de lui opposer l'état discordant de la ménopause qui par un effet de style sera d'autant plus marqué » (*Ibid.,* p. 329). Dans ce cadre, « la périménopause est le règne du désordre et la ménopause celui de la carence » (*Ibid*.). La ménopause est décrite comme « bouleversement hormonal » et « tout le comportement féminin en est affecté » (*Ibid*., p. 330). On observe ainsi la représentation d'une forme « d'assujettissement de la vie féminine aux hormones » (*Ibid*., p. 331). En outre, certains documents mettent en parallèle la puberté et la périménopause construisant « l'image d'une femme en ménopause aussi instable qu'une adolescente » (*Ibid*., p330). D'autres décrivent une masculinisation du corps. La ménopause apparaît ainsi comme un état qui exclut les femmes d'une féminité « normale ». Caractérisée par le désordre, la ménopause est même dépeinte comme maladie : bouffées de chaleur, problèmes de seins, vieillissement de la

peau, ostéoporose, troubles du sommeil, « les symptômes physiques et psychologiques sont mélangés et, (…) énumérés en continu » (*Ibid*., p.331). Ce tableau fait de la ménopause « un condensé de maux et de désagréments » (*Ibid*., p. 332). Ces maux n'apparaissent, toutefois, pas seulement physiques et psychiques, mais se rapportent également à des phénomènes sociaux. Ainsi, une équation est faite dans ces écrits « entre transformation biologique et passage social » (*Ibid*., p.332). Départ des enfants, parents vieillissants, approche de la retraite sont ainsi intriqués à la question de la ménopause. Tous les documents construisent la ménopause comme « un âge charnière » (*Ibid*., p.334) et plus précisément un passage vers la vieillesse. Elle est ainsi décrite comme « un révélateur et un accélérateur du vieillissement physique, psychique et social » (*Ibid*., p. 335)

Au-delà de ces descriptions, les documents proposent « un modèle féminin après 50 ans » (*Ibid*., p. 335), caractérisé par une bonne hygiène de vie et un dynamisme. Ainsi « aux plus jeunes ''engluées dans leur vie professionnelle et familiale'' s'opposent les femmes de plus de 50 ans libérées des contraintes mais toujours actives » (*Ibid*.). Une alternative est proposée aux lectrices, entre un modèle à suivre et un repoussoir : « adopter un modèle de femmes à la fois sereine et dynamique, soucieuse de l'image de son corps, amoureuse de son conjoint ou devenir une grand-mère déprimée souffrant d'une image négative vivant dans un couple dysharmonieux » (*Ibid*., p.336)

Dans « Andropause et ménopause : une comparaison des images de la vulgarisation médicale » (2007). Virginie Vinel met en miroir les représentations véhiculées au sujet de l'andropause et la ménopause à partir d'une étude de documents tirés de la vulgarisation médicale. Si la ménopause est inventée au début du XIXe siècle, la notion d'andropause émerge plus d'un siècle plus tard, en 1952. Alors que la ménopause est « décrite en terme de bouleversements, de crise, de manifestations pathologiques multiples » (Vinel, 2007, p. 203), l'article cherche à comprendre si l'andropause est associée à ces mêmes représentations. L'enjeu des définitions de la ménopause et de l'andropause se situe à un niveau épistémologique et concerne « un renversement (non abouti nous le verrons) des rapports de genres puisque la ménopause et donc le féminin deviennent l'étalon de référence » (*Ibid.,* p. 208). Pour expliquer l'andropause, en effet, la littérature de vulgarisation médicale renvoie à la période et à l'état physiologique de la ménopause : « la ménopause tant en matière de passage de cycle de vie, de transformation hormonale que de symptômes sert de référence à la description de l'andropause » (*Ibid.,* p. 210). Ainsi, l'état général associé à la ménopause « se retrouve dans le discours sur l'andropause dont les symptômes englobent à la fois les

problèmes physiques, sexuels, psychiques et sociaux des hommes » (*Ibid.,* p. 221). Pour comprendre cette construction actuelle de l'andropause, il faut revenir à l'administration de la sexualité au XIXe siècle qui passe par la médicalisation du corps des femmes. Ainsi, « si l'hormonalisation et la médicalisation du corps masculin cherchent à s'étendre, il paraît logique qu'elle s'appuie sur le corps historiquement médicalisé à savoir le sexe féminin » (*Ibid.*). Des différences entre ménopause et andropause apparaissent, toutefois, dans cette littérature de vulgarisation médicale. Si on y explique que la ménopause touche toutes les femmes, une seule partie des hommes est présentée comme susceptible de connaître l'andropause. Dans ce cadre, « la nette séparation entre le genre masculin et le genre féminin est réaffirmée par le fait que seuls quelques hommes sont ''défaillants'' du point de vue de la procréation et de la sexualité, alors que toutes les femmes le sont » (*Ibid.,* p. 211). Décrits comme deux états morbides, altérant la santé physique et psychique, ménopause et andropause ne sont, en outre, pas traités de façons similaires dans les documents. Si l'on étudie la rhétorique, il apparaît que « la forme employée pour décrire les transformations masculines reste moins abrupte que les propos relatifs à la ménopause présentée comme une ''carence'', un ''orage hormonal'', un ''manque comparable à celui d'un toxicomane'' » (*Ibid.,* p. 221). On remarque également que « les difficultés sociales sont moins intégrées au phénomène biologique chez l'homme que chez la femme » (*Ibid.,* p. 215). En outre, les questions esthétiques sont moins abordées au sujet de l'andropause que dans le cadre de la ménopause. Enfin, une différence de traitement apparaît au sujet de la sexualité, dont la baisse est un thème central avec l'andropause, alors qu'elle est plus diffuse dans l'évocation de la ménopause. Ce traitement différent de la ménopause et de l'andropause souligne que « les comportements sociaux et affectifs des femmes sont encore rapportés à leur biologie alors que ceux des hommes en restent en partie indépendants » (*Ibid.,* pp. 215-216). Pour autant, un nouveau processus peut être mis en lumière, lequel vient perturber les catégories habituelles : « l'intégration du corps masculin au discours hormonal et sa diffusion au large public » (*Ibid.,* p. 216). Si la première conséquence de cette tendance est l'incitation à la médicalisation du corps masculin, « une deuxième conséquence, plus surprenante, est que femmes et hommes deviennent alors égaux devant la puissance des hormones qui modifient leur existence » (*Ibid.,* p. 217). Une forme de neutralisation des sexes transparaît ainsi à l'aube de la vieillesse. Face à cette invalidation par les hormones, la littérature de vulgarisation médicale propose une image stéréotypée des hommes et des femmes vieillissants. Les injonctions sont à la prise en charge de sa santé, à l'équilibre de la vie de couple et à l'implication dans des activités physiques et culturelles. Ces discours sont ancrés dans une homogénéisation prégnante qui

aboutit « à une forme de nivellement des sexes dans le vieillissement qui est enclos dans un modèle stéréotypé d'hommes et de femmes actifs, aux corps sains et aux esprits dynamiques. Cet ensemble d'images concourent à une neutralisation des genres dans le vieillissement, neutralisation enfermée dans le corps hormonal » (*Ibid.,* p. 222).

Ces travaux nous invitent à interroger la manière dont le discours médical actuel construit la ménopause en France, en gardant à l'esprit qu' « il est difficile de voir à quel point le discours scientifique actuel est pétri de culture ; il est plus facile de le faire avec les discours scientifiques du passé, ces idées qui semblent aujourd'hui erronées ou simplistes » (Martin, 1987, p. 27, notre traduction). Parce qu' « aucun élément n'est neutre dans la production du savoir médical » (Kaufert, 1988, p. 332, notre traduction), nous nous intéresserons donc au discours médical, en tant qu'il est un produit historique et culturel. Nous tenterons également de mettre en lumière les représentations véhiculées par la littérature de vulgarisation médicale aujourd'hui.

C'est comme contrepoint aux recherches féministes sur la ménopause, telle celle d'Emily Martin, que l'anthropologue australienne Kwok Wei Leng propose une autre approche dans son article « On Menopause and Cyborg, or towards a Feminist Cyborg Politics of Menopause » (1996). Prenant pour référence les travaux de Donna Haraway, Leng interroge la perspective féministe classique de la ménopause, laquelle construit une critique des représentations et pratiques biomédicales en tant que conceptions patriarcales perpétuant une définition des femmes à l'aune de la reproduction. Or, ce discours, se voulant une interprétation alternative au modèle biomédical de la ménopause, postule « une expérience accessible et innocente, celle de la nature » (Leng, 1996, p. 34, notre traduction). C'est sur l'usage de l'idée de nature dans le discours féministe au sujet de la question de la ménopause que porte sa critique. Leng estime, en effet, que la critique féministe classique de la médicalisation des corps féminins à la ménopause est basée sur une opposition aporétique : celles des concepts de nature et de culture. Contre les effets de la technique, les féministes posent le retour à une expérience « naturelle » de la ménopause et postulent un « corps naturel » discipliné par les pratiques biomédicales : « si nous allons dans le sens du modèle féministe de la ménopause, nous pourrions affirmer que le corps naturel possède l'essence de la Vérité vis-à-vis de laquelle tout autre (la culture, les médicaments, les technologies) est défini » (*Ibid.,* p. 35, notre traduction). Dans le discours féministe, le « corps naturel »

constitue un principe irréfutable. Or, il n'existe pas de « corps naturel » et le corps discipliné de la biomédecine, comme le corps naturel revendiqué par les féministes, sont des artefacts : « aucune de ces deux positions n'existe dans une sorte de vide a-culturel et a-historique » (*Ibid.,* p. 42, notre traduction). En outre, en prenant l'idée de nature comme vérité première le discours féministe rejoue le discours patriarcal de la biomédecine. En effet, affirmant que les pratiques biomédicales consistent en une prise de pouvoir sur le corps des femmes, les féministes défendent dans le même temps l'idée qu'il s'agit d'une intrusion dans le processus naturel de la ménopause. Or, parce qu'il n'existe pas de corps naturel, il n'existe pas de ménopause naturelle. En outre, selon le modèle féministe, la ménopause devrait être une expérience de retour à un soi féminin, centré sur le corps. Deux postulats sous-tendent cette affirmation. D'une part, l'idée d'une nature première à retrouver et d'autre part, celui d'une essence féminine, plus proche de la nature que le masculin, rapproché de la culture et des technologies prenant le pouvoir sur le corps des femmes. En ce sens, le discours féministe au sujet de la ménopause rejoue l'essentialisation des femmes et ne parvient pas à porter une critique opérante de la domination masculine ni à déconstruire l'idéologie de « l'évidence de l'Homme en tant que représentant de l'humanité, à partir duquel tous les Autres (les femmes, les indigènes, l'autre) sont définis » (*Ibid.,* p. 43, notre traduction). Pour sortir de l'aporie dans laquelle ce discours se fige, Leng propose, d'une part, de déconstruire la dichotomie nature/culture et « rendre cette opposition impossible » (*Ibid.,* p. 45, notre traduction). Ainsi, il n'y aurait pas une nature qui serait construite par la culture, mais nature et culture seraient principielles et ne formeraient qu'une entité conceptuelle. D'autre part, Leng s'appuie sur la figure du cyborg, développée par Donna Haraway, qui lui semble opérante en ce qu'elle intègre les incertitudes de notre temps et la porosité qui le caractérise : « le flou des frontières entre l'humain et l'animal, entre l'humain et la machine, entre le matériel et l'immatériel (…). Le sujet est toujours déjà un être prothétique : par sa capacité à incorporer et signifier le social, le culturel et l'historique, le corps ne peut plus être dévoilé » (*Ibid.,* p. 46, notre traduction). La figure du cyborg rend compte de notre expérience affranchie de toute frontière : « nous sommes des chimères, artefacts hybrides entre machines et organismes, des cyborgs. (…) Nature et culture sont désormais remaniées et l'une ne peut plus s'approprier ou incorporer l'autre » (Haraway, citée par Leng, *Ibid.,* pp. 46-47, notre traduction). Problématiser la question de la ménopause à partir du concept de cyborg permet de se dégager d'une pensée dichotomique et essentialisante. Parce qu'il est un sujet hybride, l'individu doit penser son rapport aux technologies en tant qu'acteur et se défaire des représentations des technologies comme « toujours déjà masculines, phalliques, patriarcales et dans l'opposition à

un féminisme de la nature » (Leng, 1996, p. 47, notre traduction). Leng propose donc de repenser les relations à la science et aux technologies afin d'envisager l'expérience de la ménopause comme toujours déjà artefact hybride qui doit être le fait d'un sujet usant de technologies en acteur. La notion d' « empowerment » est au cœur de cette réflexion, en ce que les technologies doivent être comprises comme instruments d'autonomisation pour les femmes. Dépassant la traditionnelle opposition entre soumission et résistance aux technologies, Leng estime que l'expérience de la ménopause, de facto hybride, doit être l'occasion pour les femmes d'embrasser un statut d'actrices « puissamment hérétiques » (*Ibid.,* p. 49, notre traduction).

Dans son article « Myth and the Menopause » (1982), Patricia Kaufert aborde l'existence, en Amérique du Nord, de deux voix de la ménopause, « deux perspectives différentes sur la question de l'expérience de la ménopause, une perspective médicale et une perspective féministe. La profession médicale et le mouvement pour la santé des femmes revendique chacun des droits, en tant qu'interprète des femmes et de leurs expériences corporelles » (Kaufert, 1982, p.141, notre traduction). L'anthropologue propose une analyse originale de ces deux discours sur la question de la ménopause, en les problématisant à partir du concept de mythe emprunté à Barthes, c'est-à-dire « un système de valeurs présenté comme un système de faits » (*Ibid.,* p.143, notre traduction).

S'appuyant sur des ouvrages médicaux et féministes, Kaufert démontre que la médecine et le mouvement féministe développent des discours sur les femmes à partir d'une expérience qui est propre aux femmes et se présentent chacun comme « compte-rendu universellement valide de l'expérience de la ménopause » (*Ibid.,* p.149, notre traduction). Ces discours possèdent les caractéristiques du mythe, en ce qu'ils constituent tous deux des discours « volés et restitués » (Barthes cité par Kaufert, *Ibid.,* p.147, notre traduction). En ce sens, ils construisent chacun un mythe de la ménopause. Deux caractéristiques du mythe sont particulièrement à l'œuvre dans ces mythes la ménopause : l'aliénation et l'ex-nomination. La dimension aliénante de ces discours, d'une part, repose sur le fait qu'ils constituent toujours un artefact et ne rendent jamais compte à l'identique du discours des femmes. Ainsi, le diagnostic médical posé par les médecins ne traduit pas l'expérience particulière de chaque femme et l'acte de définition de la ménopause est une forme d'appropriation de l'expérience retraduite par un discours qui n'est pas le leur. Dans le même sens, la pratique médicale ne donne pas aux femmes la capacité de développer une connaissance autonome de leur corps et

de décider si celui-ci a besoin d'un traitement à la ménopause. D'autre part, la seconde caractéristique du mythe à l'œuvre dans ces discours est l'ex-nomination, procédé par lequel une pratique de la bourgeoisie se fait vérité universelle selon Barthes. Le mythe médical construit ainsi une figure de la femme ménopausée qui prend les traits d'une femme de la bourgeoisie : blanche, de classe moyenne, mariée, avec enfants, au foyer, déprimée parce que son mari la délaisse et avec une tendance à l'embonpoint. Le discours féministe est, dans une moindre mesure, également marqué par l'ex-nomination. En effet, les questions liées à la pratique de l'hormonothérapie que le discours féministe remet en cause sont des questions de la classe bourgeoise dans le contexte nord-américain : accéder à un traitement hormonal demande des moyens que n'ont pas les femmes pauvres. Dans les deux discours, en outre, les femmes sont enjointes à préserver une sorte de capital beauté et de prendre soin d'elles. Ainsi, ces deux mythes présentent « une image de femme ménopausée appartenant à une nation et une classe sociale particulière (comme) universellement valide » (Kaufert, 1982, p.149, notre traduction). Ils réaffirment, ce faisant, chacun les valeurs d'une culture et d'une classe particulière.

La question du savoir est au cœur de cette réflexion. En effet, le mythe médical de la ménopause repose, d'une part, sur le postulat que les femmes ne sont pas capables d'appréhender le fonctionnement de leur corps à l'époque de la ménopause. D'autre part, il est sous-tendu par l'idée que les femmes ne doivent pas partager leurs expériences entre elles, mais garder leurs expériences et opinions pour elles. Ainsi, l'autorité en matière de ménopause ne doit pas circuler : « N'oubliez pas que les gynécos des tables de bridge n'ont pas le droit de pratiquer la médecine » rappelle, en ce sens, un médecin (*Ibid.,* p. 156, notre traduction). Dans le discours médical, l'expérience des femmes n'est pas à prendre en compte, seule l'expertise médicale possède de la valeur. Si le mouvement féministe affirme que l'expérience des femmes doit s'échanger et circuler, le discours féministe ramène, cependant, l'expérience des femmes au biologique, dans le même mouvement que le discours médical : « la fixation du mouvement pour la santé des femmes sur les questions de la reproduction et de l'accouchement tendent à renforcer ce modèle plutôt qu'à le renverser » (*Ibid.,* p. 161, notre traduction). Dans le même sens, la manière dont les féministes décrivent les menstruations comme chargées de pouvoir pour les femmes, renvoie la ménopause à une expérience de la perte. La critique féministe reste structurellement liée à l'objet qu'elle critique et ne parvient pas à le dépasser. Elle échoue ainsi à donner un sens véritablement nouveau à l'expérience de la ménopause.

Trois paramètres de l'analyse de Kaufert nous semblent particulièrement stimulants. Tout d'abord, le caractère central du langage dans la construction sociale de la ménopause. Ceci nous invite à nous saisir de la question de la rhétorique qui construit la ménopause au sein des divers discours qui portent sur cette question dans notre contexte social. Nous nous intéresserons aux représentations et aux mécanismes qui sous-tendent ces discours. Nous interrogerons également l'existence et la portée de discours propres aux femmes sur la question de la ménopause. Enfin, nous souhaitons garder à l'esprit que la question de la ménopause fait émerger des rapports de force entre différents acteurs dans un contexte social : l'enjeu central pour chaque mythe est, en effet, « la question de qui contrôle le champ de la ménopause » (*Ibid.,* p. 151, notre traduction). Parce qu'il s'agit là de penser le contrôle des corps, cette question soulève un enjeu politique : « le débat sur le contrôle de la ménopause est sous-tendu par la manière dont sont définies les femmes en tant que groupe et la manière dont la ménopause s'intègre à cette définition » (*Ibid.,* p. 158, notre traduction). Nous tenterons de comprendre les mécanismes de ces rapports sociaux, les acteurs qu'il implique, les enjeux qu'il soulève, notamment en ce qui concerne la place des femmes dans notre contexte social.

L'absence de discours féministe sur la question de la ménopause en France, relativement à la vivacité du discours féministe en Amérique du Nord est mise en évidence par Delanoë (Delanoë, 2001). Ainsi, dans sa recension d'écrits féministes datant des années 1970, deux articles sont évoqués. L'un, intitulé *« Vive la ménopause ! »* propose une analyse critique de la médicalisation de la ménopause et évoque la dévalorisation dont les femmes ménopausées sont l'objet. Cet article s'élève contre le recours à l'hormonothérapie : « il faut réagir violemment contre cette publicité qui laisse croire aux femmes que moyennant quelques hormones et éventuellement des règles jusqu'à 60 ans, elles ne vont pas vieillir » (cité par Delanoë, *Ibid.,* p. 109). En contrepoint, Delanoë présente un article de femmes médecins qui regrettent le manque d'intérêt du corps médical pour la question de la ménopause et revendiquent le traitement médical. Pour autant, la production féministe sur la question de la ménopause n'est pas importante et aucun débat ne peut être rapporté. Pour Delanoë, différentes pratiques de médicalisation en tant que produits de contextes sociaux sont en jeu : « la médicalisation de la ménopause a atteint un haut niveau aux États-Unis, dès la fin des années 60 alors qu'elle est restée très limitée en France jusqu'à la fin des années 60. (…) Or, le discours féministe s'est construit surtout en opposition au discours médical et à la pratique médicale » (Delanoë, 2001, p. 130).

Ilana Löwy étudie cette disparité de discours entre la France et les USA et l'explique par des différences culturelles : l'organisation et la structure du système de santé dans ces deux pays sont en jeu. Si, en France, les femmes n'ont pas constitué elles-mêmes un savoir alternatif au discours médical, c'est parce que dans « des pays dotés d'un système de santé étatique, la cible de l'action collective est souvent le gouvernement, plutôt que les médecins eux-mêmes ou la profession médicale » (Löwy, 2005, p. 103). La question du traitement social de la ménopause et du rapport de force entre différents acteurs est au cœur de ce qui se joue. Le saisissement de la ménopause par le mouvement pour la santé des femmes aux États-Unis s'analyse à l'aune d'un contexte où « jusque dans les années 1970, la gynécologie américaine fut une spécialité masculine, à forte inclination chirurgicale et interventionniste. Les USA ont eu, et ont toujours, à la différence de l'Europe continentale, des taux particulièrement élevés d'opérations gynécologiques, telle l'ablation d'utérus et/ou celle des ovaires. Les dispensaires animés par les féministes ont tenté de développer une approche très différente, basée sur l'écoute des femmes et sur l'idée que les questions de santé et les débats autour de la reproduction ne peuvent pas être dissociés de leur place dans la société et dans le processus de production » (Löwy et Gaudillière, 2004, pp. 33-34). En outre, « la nature des liens entre structure de la profession médicale et mouvement féministe a joué un rôle essentiel » (*Ibid.,* p. 35). La question de la profession médicale et de son rapport à la société civile est au centre de la question. En France, dans les années 1950 et 1960, la gynécologie médicale, (spécialité non-chirurgicale et largement féminine) joue un rôle majeur dans les luttes pour le droit à l'avortement et à la contraception, au contraire de patrons de gynécologie obstétrique conservateurs et natalistes (Löwy et Gaudillière, 2004). Au côté des femmes dans ce combat, la gynécologie médicale est celle qui va être prescriptrice de la pilule. Dans ce contexte, les femmes perçoivent les gynécologues médicaux comme des alliés dans le mouvement de réappropriation du corps et « les féministes françaises n'ont pratiqué ni l'expertise médicale indépendante, ni l'opposition à la profession médicale » (Löwy et Gaudillière, 2004, p. 35). Une fois ces droits acquis, les questions liées à la reproduction et à la santé des femmes ont perdu de la voix. Aux États-Unis, c'est en réaction au rôle central joué par la profession médicale dans la vie des femmes que les féministes se sont emparées des questions liées à leurs corps pour en faire, non plus celles d'hommes médecins, mais des femmes : « un des arguments principaux avancés par le Women Health Movement et par ses héritiers était que la médecine officielle, hautement technicisée et à forte domination masculine, avait systématiquement négligé la santé des femmes » (*Ibid.,* p. 33). Le

mouvement a pris deux formes : d'une part, la création de centres de santé destinés aux femmes, constitués comme alternative au traitement médical et défendant les valeurs du mouvement féministe ; d'autre part, la diffusion large d'informations concernant le corps et la santé, avec, par exemple, le guide *Our Bodies, Ourselves* (*Notre corps, nous-mêmes*) datant de 1976 et émanant du Boston Women's Health Collective (Kaufert, 1982). Les premières questions au cœur des réflexions féministes sont celles liées à la période de fécondité. La question de la ménopause est devenue un sujet dans un second temps. Les centres de santé pour les femmes ont mis en place des groupes de réflexion et d'aide sur la ménopause depuis les années 1980. La question de l'information au sujet de la ménopause a été au centre du travail dans la seconde édition d'*Our Bodies, Ourselves.* Le mouvement féministe s'est élevé contre la diffusion du traitement hormonal substitutif, estimant, d'une part, que la ménopause n'est pas une maladie et d'autre part, que ce traitement entraîne des risques sérieux pour les femmes, notamment de cancer de l'utérus (Löwy et Gaudillière, 2004, p. 36).

Les féministes américaines portent haut et fort un discours qui va à l'encontre de la médicalisation de la ménopause, considérée comme « résultat de la lutte des producteurs d'hormones pour créer de nouveaux marchés et vendre leur marchandise, et de la volonté des médecins de transformer la totalité de femmes ménopausées en patientes, traitées jusqu'à la fin de leurs jours pour cette prétendue carence hormonale » (*Ibid.*). Le mouvement féministe américain s'ancre ainsi dans « la définition des risques des technologies biomédicales et le contrôle de leurs usages » (*Ibid.,* p. 38). Il pose le principe de « production collective d'un savoir, adaptable à des conditions concrètes sur le terrain et sur l'effacement de la frontière rigide entre ''savoir autorisé'' de l'expert et savoir illégitime du non-spécialiste » (Löwy, 2005, p. 106). Pour les féministes, la question du savoir et de l'échange doit être au cœur de la réflexion et des pratiques. C'est ainsi à un retour sur soi et au partage entre pairs qu'invite Rosetta Reitz dans *Menopause: A positive approach.* Pour elle, la ménopause signifie « entrer dans un nouveau cycle de vie alors que l'on est encore pleine d'énergie et pouvoir profiter d'une expérience de la vie, (…) pouvoir apprécier la vie encore plus et pouvoir donner au temps encore plus de valeur» (Reitz, citée par Kaufert, 1982, p. 162, notre traduction). À ses yeux, la ménopause constitue un nouveau temps de vie pour les femmes, une nouvelle étape au cours de laquelle « les obligations vis-à-vis de la famille sont remplacées par des obligations vis-à-vis de soi » (Kaufert, 1982, p. 162, notre traduction). Reitz souligne l'importance de l'interaction avec les autres femmes au moment de la ménopause afin de se découvrir soi-même. Dans ce sens, le partage n'est pas à chercher du côté des conjoints et de

la progéniture, mais des pairs : « ce sont les autres femmes qui procurent l'amitié, le soutien, l'amour, même la satisfaction sexuelle, plutôt que la famille. (…) Les relations familiales sont remplacées par la solidarité féminine » (*Ibid.,* notre traduction). Les revendications des féministes américaines ont eu, en outre, des effets puisque l'étude Women Health Initiative (WHI) visait à répondre aux accusations des féministes. Les résultats de cette étude, montrant un lien entre usage de l'hormonothérapie et l'augmentation de cancers chez les femmes, se sont inscrits dans les pratiques des nord-américaines: après la publication des résultats, les prescriptions de THS aux USA ont chuté de plus de 50 %, contre 19 % en France (Löwy et Gaudillière, 2004).

L'interaction femme en ménopause – médecin, et les rapports de pouvoir en jeu, sont au cœur de l'article de Raymond Massé et France Légaré, « The Limitations of a negotiation model for perimenopausal women» (2001). Ils soulignent leur volonté de s'éloigner des analyses de l'interaction patient-médecin en termes d'imposition de significations de la part du corps médical sur des patients passifs et souhaitent replacer la question de la négociation au cœur des interactions entre les femmes et les médecins lors de consultation au sujet de la ménopause. Massé et Légaré s'appuient, pour ce faire, sur une enquête menée au Québec, comprenant des entretiens avec des médecins, avec leurs patientes consultant pour des problèmes en lien avec la ménopause, ainsi que l'observation d'interactions entre femmes et médecins.

Leur cadre d'analyse repose sur le modèle de l'interaction patient-médecin développé par Katon et Kleinman, qui met en évidence « le processus de négociation entre deux modèles divergents dans l'explication de la maladie : le modèle clinique du médecin et le modèle populaire du patient » (Massé et Légaré, 2001, p. 45, notre traduction). L'idée de transaction sous-tend ce modèle analytique : « les interactions entre patient et médecin constituent des transactions entre des modèles explicatifs, qui mettent en jeu des divergences en termes de contenus cognitifs, de valeurs, d'attentes et de buts » (Kleinman, cité par Massé et Légaré, *Ibid.,* p. 45, notre traduction). Ce modèle repose, en outre, sur plusieurs présupposés : « d'abord, que le médecin et le patient aient chacun un modèle explicite de ce qui caractérise les symptômes, leur cause, leur conséquence et le traitement à appliquer à un problème de santé ; ensuite, que ces éléments soient clairement énoncés au sein de l'interaction ; enfin, que les modèles soient négociés de sorte que patient et médecin atteignent un consensus sur la nature, le cours et le traitement du problème » (Massé et Légaré, *Ibid.,* p. 46, notre traduction).

Pour les femmes interviewées, la ménopause constitue non une maladie, mais une période de transition, voire « une seconde adolescence » (*Ibid.,* p. 48, notre traduction). Elles lui associent, toutefois, de nombreux symptômes physiques et psychiques. Cette perception de la ménopause est partagée par les médecins rencontrés : à leurs yeux, la ménopause n'est pas une maladie, « mais un facteur majeur de risques de maladies » (*Ibid.,* p. 49, notre traduction). La prescription du traitement hormonal est présentée par eux comme un moyen de prolonger l'espérance de vie en bonne santé. Alors que les deux parties s'accordent sur le fait que la ménopause n'est pas une maladie, « une appréhension technique, symptomatologique et biomédicale de la ménopause domine » (*Ibid.,* p. 49, notre traduction) dans les interactions médecin-patiente. Au cours de ces interactions, les médecins soulignent avant tout les conséquences de la carence œstrogénique sur le long-terme et informent largement les femmes des risques. La question de l'hormonothérapie occupe la plus grande place dans les interactions cliniques et une forte propension à conseiller le recours au THS chez toutes les patientes est relevée. La qualité de vie « constitue l'argument majeur utilisé pour justifier la prescription d'hormones aux femmes » (*Ibid.,* p. 53, notre traduction). L'injonction au THS découle largement de cette « éthique du bien-être, ancrée dans l'engagement à améliorer la qualité de vie du patient » (*Ibid.,* p. 54, notre traduction).

À l'aune de ces résultats, Massé et Légaré discutent le cadre analytique de Katon et Kleinman. Ils montrent ainsi que, dans le cadre de la consultation ménopause, leurs présupposés ne sont pas réunis. D'une part, les médecins ne s'engagent pas vraiment dans une investigation du modèle explicatif véhiculé par les femmes sur le sens des symptômes, mais exposent de bout en bout leur modèle clinique de la ménopause. D'autre part, les patientes ne présentent, de leur côté, pas de réel modèle explicatif de la ménopause : « nous ne pouvons pas parler d'un modèle structuré qui permettrait à la patiente de faire bouger les lignes afin d'atteindre un consensus avec le modèle d'explication du médecin » (*Ibid.,* p. 55, notre traduction). Les interactions patientes-médecin ne sont pas le lieu d'un dépassement de différences conceptuelles, lesquelles restent fixes. Les médecins comme les patientes, en effet, « ne modifient pas leurs modèles explicatifs de la ménopause » (*Ibid.,* notre traduction). On n'observe pas de négociation au sujet du THS : « l'interaction entre les médecins et les femmes en période de ménopause peut se comprendre comme un processus complexe et asymétrique de persuasion » (*Ibid.,* p. 58, notre traduction). Ainsi, les médecins « tentent de rallier les patientes à leur position immuable concernant le caractère évidemment positif du

THS » (*Ibid.,* notre traduction), en opérant notamment une nette emphase sur les effets bénéfiques de ce traitement sur la qualité de vie à long-terme.

Pour autant, la consultation ne constitue pas un espace de coercition. Le médecin s'apparente plutôt à « une sorte de guide qui informe les patientes afin de les convaincre des bénéfices des médicaments » (*Ibid.,* p. 58, notre traduction). Ainsi, l'interaction patiente-médecin au sujet de la ménopause est moins un lieu de « négociation de savoirs » (*Ibid.,* p. 61, notre traduction) qu'un moment de sécurisation de femmes perdues face aux messages contradictoires des médias et des pairs.

2.7 Ménopause et mitan de vie : le prisme de la recomposition identitaire au féminin autour de la cinquantaine

Dans l'article « La ''mise en science'' de la ménopause » (2001), Michèle Kérisit et Simone Pennec abordent, d'une part, la construction de la ménopause par le discours médical et la médicalisation dont elle est l'objet. D'autre part, elles proposent une analyse de l'expérience de la ménopause en tant que recomposition identitaire au mitan de la vie. Plus particulièrement, Kérisit et Pennec s'interrogent sur la construction sexuée du vieillissement et, à leur sens, « la ménopause s'avère être l'un des épicentres à partir desquels il est possible de penser et comprendre les enjeux sociaux du vieillissement des femmes et des rapports entre les sexes » (Kérisit et Pennec, 2001, p. 143).

Kérisit et Pennec s'intéressent, d'une part, à l'approche biomédicale de la ménopause dans les discours et les pratiques. À partir d'une revue de journaux scientifiques internationaux, elles mettent, tout d'abord, au jour une forte dichotomie entre la manière dont est traité le vieillissement au masculin et au féminin : « le discours sur le vieillissement masculin occulte les âges du corps, alors que celui sur le parcours féminin est rythmé par des événements physiologiques relevant de son système reproductif » (*Ibid.,* p. 132). Le discours médical définit, ce faisant, les femmes à l'aune de leurs capacités reproductives. L'usage différencié de l'explication hormonale est mis en lumière: « pour ce qui est des hommes, leur parcours n'est scandé que par la catastrophe possible que représente un accident cardiovasculaire qui surviendrait, selon les études épidémiologiques, entre 50 et 65 ans, marque de la surmortalité masculine. (…) les signes d'une possible andropause sont généralement rapportés à d'autres causes qu'à des changements hormonaux. L'identité sexuelle

des hommes maturescents ne se loge donc pas dans une quelconque déficience hormonale qui signalerait l'entrée dans le vieillissement, comme c'est le cas pour les femmes » (*Ibid.*). La recherche actuelle sur le vieillissement des femmes participe ainsi des rapports sociaux de sexe en développant « un certain nombre de problématiques qui reproduisent le réductionnisme biologique et la médicalisation du corps des femmes » (*Ibid.,* p. 130).

De cette revue de littérature médicale ressort, également, l'adéquation systématiquement réalisée entre ménopause et risque (affections osseuses, fragilisation des muscles). Or, « le fait que l'invalidité due à l'ostéoporose, par exemple, puisse prendre des années à s'installer, et qu'elle ne soit véritablement qu'un risque, n'enlève rien à la crainte diffusée de l'invalidité en puissance des femmes post-ménopausées. (…) Le corps des femmes vieillissantes est donc conçu comme corps osseux, potentiellement friable, cassable et fragile; il se courbera sous les assauts de l'ostéoporose, image renouvelée de la ''vieille courbée'' » (*Ibid.,* p. 133). Du point de vue de la dénomination, la médicalisation de la ménopause a engendré la création récente de termes qui tendent à dilater le temps de la ménopause : « dans les textes scientifiques ou de vulgarisation, apparaissent de plus en plus les femmes ''périménopausées'' et ''pré-ménopausées''. (…) la ménopause n'est plus cette étape relativement circonscrite dans le temps qui comportait quelques désagréments ; elle est à présent au cœur d'un parcours qui peut durer près de la moitié d'une vie de femme, car elle est signalée aux alentours de quarante ans et parfois même dépistée et traitée dès les trente ans » (*Ibid.,* p. 134). La réduction des femmes à l'incapacité de fécondité se retrouve également dans le langage : « l'expression ''femme post-ménopausée'' tend à remplacer les appellations de femme âgée et surtout de vieille femme, considérées comme stigmatisantes » (*Ibid.,* p. 133). Elle fonctionne à la fois comme euphémisation et comme assignation. La pathologisation de la ménopause fait de cette période la « porte d'entrée dans un avenir de dépendance, comme le souligne le succès croissant du terme ''post-ménopause'' » (*Ibid.*). Le discours médical sur la ménopause est, enfin, sous-tendu par un impératif de santé. Puisque la ménopause est associée au risque, les femmes se doivent d'être entrepreneurs de leur propre corps : « cette deuxième moitié de vie se trouve ainsi mesurée à l'échelle des risques encourus que toute femme se doit alors d'éviter par un programme de prévention basé sur l'hormonothérapie, sans doute, mais aussi sur une hygiène de vie dont elle est présentée comme responsable. Telle est la raison à notre avis, de l'importance accordée par la littérature scientifique (et à son instar, la littérature de vulgarisation) aux thèmes de l'exercice physique et du taux de tissu adipeux en rapport avec la musculature. ''Préserver son capital osseux'', au même titre que son capital-retraite, pour

prévenir tout risque de dépendance est devenu un impératif de prévoyance particulièrement dévolu aux femmes » (*Ibid.,* p. 134). La question de la prise en charge, par chaque femme, de « sa ménopause » sous-tend ainsi le discours médical et est largement repris par les autorités en matière de santé. Cette préoccupation doit être mise en relation « avec le climat général de retrait de l'État des dépenses de santé. (…) la dérégulation des États providence joue également dans le sens de l'accroissement des responsabilités individuelles et familiales » (*Ibid.,* p. 135). Or, « la représentation de la femme âgée comme fardeau social est ainsi renforcée par une telle conception déficitaire de la ménopause, occultant simultanément les rapports sociaux de sexes, d'âge et de classes » (*Ibid.*). Derrière des préoccupations biologiques réside bien la question de la place des femmes et des représentations associées à la ménopause.

Les deux sociologues présentent, d'autre part, les résultats de plusieurs enquêtes touchant la question de la ménopause. De la première, menée en France et au Canada dans les années 1970, il ressort que « les femmes s'exprimaient sans complexe sur l'arrêt des règles dont aucune ne semblait percevoir les limites supposées à leur féminité » (*Ibid.,* p. 141). La ménopause ne constitue pas un épisode pathologisé par ces femmes, mais « une étape physiologique, éventuellement source de divers désagréments, vécue sur une période de temps limitée. Succédait à cette période, un temps de fin de contraintes, ''de libération'' disaient certaines femmes face aux exigences de contention corporelle et, pour d'autres, aux désagréments des cycles menstruels » (*Ibid.*). Une deuxième étude menée auprès de femmes francophones, âgées de plus de 60 ans, vivant en Ontario dans les années 1990, met notamment en évidence le fait que « la ménopause est dans presque tous les cas vécue comme une libération, en particulier libération de ''l'obligation d'enfant'' dans une société alors très catholique » (*Ibid.*). Enfin, dans une autre étude menée auprès de femmes de plus de 60 ans, la ménopause n'est « jamais présentée en tant que tournant de carrière féminine, contrairement à d'autres événements biographiques, y compris pour les quelques femmes qui déclarent refuser de vieillir et qui mettent en scène des stratégies variées d'entretien de leur corps » (*Ibid.*). Pour la plupart des femmes rencontrées, la ménopause ne constitue pas un objet pensé en tant que tel, mais « tissé dans la trame des autres événements biographiques, familiaux en particulier et avec leur propre prise d'âge » (*Ibid.,* p. 142).

Les deux sociologues analysent ces résultats à l'aune du contexte actuel de forte médicalisation de la ménopause. Elles estiment que « si les effets de génération, cumulés à ceux des milieux sociaux considérés, s'avèrent manifestes, reste que ces réponses témoignent

d'une perception bien moins médicale et pathologique du temps de la ménopause que celle diffusée aujourd'hui » (*Ibid.*). À l'heure actuelle dans les pays occidentaux, le traitement social de la ménopause réside dans sa médicalisation. Ce processus tend, en outre, à étendre son domaine d'action et à enjoindre les femmes à un ensemble de pratiques normalisantes et minorantes : « le traitement de la ménopause entendue comme crise tend à se déplacer vers une critique des effets de l'âge et du processus du vieillir lui-même. Les diverses injonctions paradoxales faites aux femmes figent celles-ci dans l'intemporalité (l'éternel féminin) ou dans celui de la crise permanente (la perte de la féminité, la dépendance, etc.) » (*Ibid.,* p. 144). Dans le même temps, le discours médiatique participe largement de ce processus, en ce qu'il tend le « miroir d'un prêt-à-porter corporel contraignant qui homogénéise les vies de femmes selon l'arbitraire ''éternel féminin'' » (*Ibid.,* p. 143).

Le processus de médicalisation participe d'un « effacement des temps de la vie » (*Ibid.,* p 143) : « c'est l'ensemble des contraintes sociales des femmes, concomitantes avec l'âge de la ménopause qui se trouve également effacé dans une telle lecture biologisante (…). Plus globalement, ce sont les différents temps des femmes et les temporalités des parcours de vie en société qui sont ignorés. Les droits à vieillir, à avancer en âge et à vivre les différentes périodes de manière hétérogène sont ainsi laminés » (*Ibid.,* p. 144). Du fait de l'allongement de la vie et des recompositions qui émaillent la cinquantaine (départ à la retraite, charge des parents âgés, départ des enfants), « c'est plutôt la définition et la recomposition d'un nouveau temps de la vie qui concentre alors la réflexivité des femmes à la recherche d'une nouvelle carrière pour soi, située au-delà d'une corporéité inflationniste centrée sur la ménopause » (*Ibid.,* p. 145).

La question du mitan de la vie est également abordée Christiane Bernier dans un article du début des années 2000. Le mitan de vie constitue la période entre 40 et 60 ans, « où se manifestent les signes de vieillissement physique, associés à des changements psychologiques et à une transformation de la perception du rapport à soi et aux autres en fonction du temps » (Bernier, 2003, p. 111). Pour Bernier, « quelle que soit leur situation, il semble que, pendant cette période, les personnes vivent un certain recentrement sur soi, établissent une sorte de bilan de vie et portent un regard critique sur leurs choix antérieurs, leurs acquis, leurs réalisations » (*Ibid.,* pp. 111-112). Dans ce cadre, la question hormonale occulte la question du contexte psychologique et social dans lequel évoluent les femmes au moment de la

ménopause. Le paradigme du mitan de la vie est donc une manière de débiologiser la ménopause pour rendre compte d'une étape de vie des femmes dans son sens social plein.

La question du mitan de la vie est au cœur de l'analyse de Karen Ballard, Diana Kuh et Michael Wadsworth, dans l'article « The Role of the Menopause in Women's Experiences of the ''Change of Life'' » (2001). Leur analyse est que « l'expression ''tournant de vie'' (*change of life)* permet de rendre compte de la multiplicité des changements biologiques et sociaux qui accompagnent le mitan de la vie, dont la ménopause n'est qu'un des aspects » (Ballard *et al.,* 2001, p. 397, notre traduction).

Leur recherche repose sur l'exploitation de données quantitatives recueillies dans les années 1990 auprès d'anglaises âgées de 47 à 50 ans. L'attention est portée sur l'expérience des femmes et la manière dont elles définissent la ménopause. L'usage du terme « change of life » est à retenir, en ce que, s'il inclut la question de la ménopause, il renvoie aussi aux autres changements qui participent de cette période de la vie pour les femmes : « les anglaises, peuvent potentiellement faire l'expérience de changements dans leurs rôles sociaux au mitan de la vie, lesquels accompagnent les transformations de la ménopause » (*Ibid.,* p. 400, notre traduction). Les chercheurs remarquent que, si les femmes ont intégré les représentations médicales de la ménopause, le contexte social dans lequel elles vivent est également très important. S'appuyant sur les travaux de Glaser et Strauss, ils appréhendent le passage de la préménopause à la périménopause et jusqu'à la postménopause comme un passage de statut, en interaction avec d'autres changements de rôles sociaux : le mitan de la vie se constitue comme multiplicité de passages et de transformations, lesquelles peuvent interagir, s'additionner, s'annuler ou entrer en compétition. Cinq étapes dans l'expérience de la ménopause sont mises en évidence : l'attente des symptômes, l'expérience des symptômes et de la perte de contrôle, la confirmation de la ménopause, la reconquête du contrôle et la libération des menstruations. Ces étapes sont confrontées aux différents passages de statut qui interviennent au mitan de la vie pour les femmes interrogées. Sept passages de statut ressortent particulièrement, lesquels jouent sur l'expérience des femmes au mitan de la vie : l'aide aux parents âgés, un changement dans la vie professionnelle et les finances, la transformation de la relation aux enfants, le fait d'être malade ou qu'un membre de la famille le soit, la mort d'un membre de la famille ou d'un ami, un changement dans les relations conjugales, un changement dans la perception de l'âge. « Les changements que connaissent

les femmes et la manière dont elles y répondent peuvent être l'occasion de développements individuels positifs. *A contrario,* un stress intense ou chronique du fait de changements peut réduire la capacité à faire face à certaines transformations, comme celles de la ménopause » (*Ibid.,* pp. 419-420, notre traduction). Ainsi, « la charge de travail que représentent l'aide aux parents et les responsabilités qui en découlent laissent peu de temps aux femmes. Or, c'est un moment où elles ressentent le besoin de prendre soin d'elles-mêmes » (*Ibid.,* p. 412, notre traduction). À ce manque de temps s'ajoute le stress de la vie professionnelle. Le mitan de la vie constitue, en effet, un moment charnière pour de nombreuses femmes qui ont connu des interruptions de carrière : il s'agit là d'un moment où elles ont une dernière opportunité de s'investir à nouveau dans un emploi salarié afin de participer aux revenus du foyer. La nécessité de couvrir les frais d'études des enfants s'y ajoute également. Les transformations qui jouent de manière positive relèvent notamment de la liberté retrouvée après le départ des enfants du foyer.

L'analyse de Ballard, Kuh et Wadsworth souligne la pertinence d'une approche chronologique de la ménopause, qui permet de comprendre cette expérience comme un processus scandé par des étapes. Nous chercherons donc à comprendre les étapes qui ponctuent l'expérience de la ménopause et leurs caractéristiques. En outre, nous nous attacherons à rendre compte des différentes perceptions qui peuvent jalonner l'expérience de la ménopause : penser la ménopause comme un processus demande de souligner la labilité et la plasticité des expériences.

Si le paradigme du mitan de la vie apparaît comme un moyen intéressant de débiologiser l'expérience de la ménopause, nous lui reprochons un prisme trop lâche d'appréhension des choses. Ainsi, s'il n'est pas question pour nous de réduire les femmes à la biologie, nous proposerons une approche plus resserrée de l'expérience de la ménopause. Notre analyse partira non pas des éléments de vie concomitants à la ménopause, mais de la manière dont l'expérience de la ménopause est informée par certains évènements de la vie.

2.8 La question de la ménopause sociale

Les recherches que nous avons présentées prennent pour paradigme analytique le fait physiologique de la ménopause : cessation des menstruations et stérilité physiologique. Nous souhaitons maintenant aborder la question de la ménopause sociale. Ce concept renvoie non à

la physiologie comme paradigme d'appréhension de la ménopause, mais part des activités associées et autorisées aux femmes. La ménopause sociale peut ainsi être appréhendée comme cessation socialement définie de la procréation pour les femmes quelque soit leur situation physiologique.

Dans son enquête ethnographique sur le village de Minot en Côte-d'Or dans les années 1970, Yvonne Verdier interroge la sphère de représentations et d'actions associée au féminin et met en évidence une norme qu'elle qualifie de « ménopause sociale » (Verdier, 1979).

Verdier remarque que la ménopause sociale des mères est mise en scène lors du mariage de leurs enfants : lorsque le dernier fils se marie, un rituel marque la fin de l'activité féconde de sa propre mère. Ainsi dans plusieurs régions, Poitou, Vendée et Anjou, prévaut le rituel des récipients cassés, lesquels sont les « symboles de la fécondité passée de la mère, d'une matrice vide, d'une fonction culinaire et nourricière désormais sans objet » (Verdier, 1979, p. 311). Une autre coutume est en vigueur dans le Lyonnais : servir les plats dans des récipients sales ou ébréchés, qu'elle analyse comme « l'image de l'organe, du ''moule'' plus ou moins hors d'usage de la mère. Partant, on peut avancer une hypothèse sur le contenu du pot tel qu'il se présente dans cette région : le vin aigre - comme le pain moisi qui l'accompagne - figurerait, telles des reliques, une faculté procréatrice pour le moins usée, passée, pourrissante » (*Ibid.,* p. 313). La cessation de l'activité reproductrice des femmes qui marient leur aîné est mise en scène au cours d'un rituel parfois changeant, mais dont le sens reste le même : « que l'on brise le pot, casse la bouteille, crève la vessie, que la pouchette se vide, dans tous les cas c'est la même vacuité qui est signifiée à la mère au travers de la destruction de ces récipients divers ou de la fuite de leur contenu, symboles d'une fécondité et d'une activité nourricière révolues » (*Ibid.,* p. 311). Cependant, il y a plus lors de ce rituel, puisqu'il s'agit moins de signifier une exclusion que de faire passer une capacité d'une femme à une autre. Verdier analyse le rituel de ménopause sociale comme « transmission de ce que l'on pourrait appeler le pouvoir génésique » (*Ibid.,* p. 313), c'est-à-dire passage de la fécondité d'une génération à une autre. Ainsi, la casse du pot constitue une métaphore de la fertilité de la jeune génération : « les morceaux cassés des pots maternels augurent du nombre d'enfants qu'aura la fille, de même que les noisettes ou dragées qui s'échappent des bouteilles ou des pots brisés assurent la fécondité de ceux qui s'en emparent » (*Ibid.*). Il faut donc bien comprendre que « c'est des mères que l'on reçoit, tel un don, la faculté même de procréer » (*Ibid.,* p. 315). La fertilité est, avant tout, une affaire de femmes. La ménopause sociale constitue le moment de « transmission de ce bien proprement féminin » (*Ibid.,* p. 313) au

cœur de la pérennisation du groupe social. Ce n'est pas la fin physiologique de l'activité de reproduction qui est un marqueur signifiant dans ce contexte, mais la cessation sociale de cette activité.

Virginie Vinel aborde également la question de la ménopause sociale, et plus précisément, « l'interruption de la procréation comme fait social » (Vinel, *in* Diasio et Vinel, 2007, p. 61) chez les Moose au Burkina Faso. Dans cette culture, en effet, les femmes sont enjointes à la cessation de la reproduction avant la ménopause physiologique. Deux facteurs sociaux déterminent cette injonction : l'âge des fils et l'arrêt de l'activité sexuelle. Ainsi, les femmes « dont les fils sont mariés, voire simplement adultes, sont mal vues si elles continuent à avoir des enfants » » (*Ibid.,* p. 61). Cette normes s'applique uniquement lorsque les femmes ont des fils et non si leur propre fille est mère. L'activité sexuelle des femmes connaît également un remaniement avant la ménopause physiologique, puisque « la vindicte publique, donc la sanction sociale à une norme non respectée, tombe sur une femme d'un certain âge qui continue d'entretenir des relations sexuelles, et croit être enceinte, alors que ses fils sont en âge de procréer, voire déjà pères » (*Ibid.,* p. 62). Est ici en jeu la question du brouillage des générations dans une société patrilinéaire : « une femme qui enfanterait alors que son fils est père créerait une confusion dans les générations puisque le petit-fils ou la petite-fille serait du même âge ou plus âgé que le fils ou la fille. Les descendants par les filles ne rencontrent pas cet interdit puisqu'ils n'appartiennent pas au lignage concerné » (*Ibid.,* pp. 62-63). La question de la ménopause sociale est au cœur d'enjeux forts pour ce groupe social : il en va de sa cohésion. Ainsi, Vinel souligne que chez les Moose, « plutôt que de parler de la ménopause en tant que passage, faudrait-il évoquer une ménopause sociale qui fait passer de femme enfantant à une femme inféconde. Les femmes confient alors la fécondité à la génération suivante de femmes procréant pour le lignage » (*Ibid.,* pp. 65-66). Il y a donc à la fois transmission du pouvoir génésique et circonscription de ce pouvoir dans les mains d'une seule génération de la lignée.

La question de la transmission du pouvoir génésique est au cœur de l'analyse de Verdier au sujet du *Petit Chaperon rouge.* Pour accéder à l'imaginaire d'une culture, les contes, ces histoires inventées par les adultes et racontées aux enfants, sont un matériau particulièrement riche : il permet « de dire le corps sans avoir à le nommer » (Karadimas, *in* Héritier et Xanthakou, 2004, p. 134). Les menstruations et la ménopause sont des thèmes qui sous-tendent l'histoire de la petite-fille en chaperon rouge, de sa grand-mère et du loup. Plus

particulièrement, Verdier s'intéresse à des épisodes gommés dans la version moderne du conte et qu'elle retrouve dans des versions antérieures. Le premier épisode gommé est celui du chemin pris par le petit chaperon rouge pour se rendre chez sa grand-mère afin de lui apporter une galette et un petit pot de beurre. S'ouvre à la petite fille le choix entre le chemin des épingles et celui des aiguilles. Il faut voir là l'histoire d'« une petite fille qui prend le chemin des épingles pour s'attifer, le chemin de sa puberté » (Verdier, *in* Carbone, 1991, pp. 130-134) tandis que la grand-mère, qui est « déjà passée par-là, elle en est aux aiguilles, et même aux aiguilles ''à trous'', car elle ne voit plus clair » (*Ibid.*). La vue est à analyser en tant que métaphore : « Voir, c'est en effet avoir ses règles, ne plus voir, c'est ne plus les avoir. Il s'agit donc d'une histoire qui se passe essentiellement entre une jeune fille pubère et une vieille femme ménopausée » (*Ibid.*). Le second épisode gommé des versions modernes est celui du repas du loup. Celui-ci, ayant dévoré la grand-mère et pris sa place, invite le petit chaperon rouge à se restaurer à son arrivée dans la maison : il lui offre à manger la chair et le sang de son aïeule. Cet épisode est celui d'un transfert génésique : « les parties du corps que la petite fille absorbe sont le sang et les mamelles, qui ne sont autres que les organes de la procréation féminine. (…) Cette phase de l'histoire concernerait l'acquisition par la petite fille du pouvoir de procréer. Aussi, le motif du repas macabre du Petit chaperon rouge peut-il se comprendre par rapport au destin féminin qui se joue en trois temps : puberté, maternité, ménopause ; trois temps qui correspondent à trois classes généalogiques : jeune fille, mère, grand-mère » (*Ibid.*). Dans cette version du conte, le sang menstruel, sa possession et sa perte, est ce qui se joue entre le Petit chaperon rouge et la grand-mère, puisque « quand le sang afflue chez la fille –condition première à son destin génésique- il doit quitter la mère qui va se trouver dépossédée de son pouvoir de faire des enfant, comme un jeu de vases communicants. Et le conte dit plus : la fille conquiert ce pouvoir sur sa mère, elle le lui prend, elle l'absorbe au sens propre » (*Ibid.*). Nous touchons ici aux transformations corporelles qui construisent le féminin dans notre culture et au diptyque ménarche/ménopause qui participe de la manière dont est construit le cours physiologique de la vie des femmes. La façon dont les transformations corporelles jouent sur la place des femmes au sein de la lignée, les enjeux de pouvoir qui la parcourent et les recompositions qu'elles occasionnent sous-tendent le conte : « ce que nous dit donc le conte, c'est la nécessité dans les transformations biologiques féminines qui aboutissent à l'élimination des vieilles par les jeunes, mais de leur vivant (…). Moralité : les grand-mères seront mangées » (*Ibid.*). Ces épisodes qui donnent une place à la grand-mère ne sont pas racontés aux enfants aujourd'hui. Ces versions du conte sont, effet, « resté enfouies dans les Monts du Nivernais, du Forez, du Velay ou du Dauphiné, compagnes

indésirables d'une société qui a donc eu le dessous, parfaitement ''impopulaire'' du point de vue de la société d'aujourd'hui » (*Ibid.*). Or, il ne faut pas voir là un oubli anodin. L'exclusion de la figure de la grand-mère ménopausée est signifiante : il s'agit de « substituer à une histoire de grand-mère une histoire de loup » (*Ibid.*). Pour comprendre les mécanismes qui ont amené à mettre de côté la grand-mère, il faut remettre ces versions oubliées dans leur contexte où « les fonctions féminines (…) renvoient à la grande importance qui était accordée (aux grands-mères) dans la société paysanne traditionnelle (…), centrée sur les relations d'intime transmission entre une petite fille et sa grand-mère » (*Ibid.*). Or, la dimension de transmission n'opère pas de manière aussi prégnante dans notre contexte social.

Pour Dimitri Karadimas également, *Le Petit chaperon rouge* constitue l'énoncé de « la force de la métamorphose des corps » (Karadimas, *in* Héritier et Xanthakou, 2004, p. 127), au cœur de laquelle il place la question de la pilosité. L'épisode où la grand-mère est mangée par le loup, lequel se déguise en grand-mère est un récit métaphorique : « la grand-mère accède à la ménopause, est dépossédée de son sang, et se couvre de poils, c'est-à-dire qu'elle évoque un loup » (*Ibid.,* p. 129). Le conte ne fait ici pas référence à un personnage masculin, le loup, mais bien à la transformation corporelle de la grand-mère au moment de la ménopause marquée par une masculinisation du corps.

Enfin, plus généralement, le sang est une grille d'analyse importante de la figure de la sorcière dans les contes pour Verdier. Dans les récits, la sorcière concocte des stratagèmes et autres sortilèges pour venir à bout des héros et peut même faire usage de cannibalisme : « en un retournement à l'image de leur ''retour d'âge'', de productrices d'enfants, elles deviennent consommatrices » (Verdier, 1979, pp. 320-321). Ainsi, « nombre de contes font leur matière de ce cannibalisme infanticide des vieilles » (*Ibid.*) c'est-à-dire de leur ingestion de sang lorsqu'elles n'ont plus de menstruations. La sorcière constitue la figure de la liminalité : « une femme dans tous ses états, non soumise à la loi masculine, vivant dans un mode sauvage et aux lisières du monde habité, au fait des réalités sexuelles qu'elle contrôle par la connaissance des philtres amoureux ou des drogues abortives, femme lubrique en tous les cas » (Cegarra, *in* Héritier et Xanthakou, 2004, p. 339). Elle est celle qui actualise une forme d'inversion car elle « incorpore une nourriture interdite, l'enfant qu'elle consomme au lieu de le produire » (*Ibid.,* p. 343).

Ces travaux nous invitent à nous intéresser à la question de la ménopause sociale. Si cette norme peut être mise en évidence dans le contexte social actuel, nous essaierons de

comprendre les représentations qui la sous-tendent, les mécanismes qui président à son actualisation et les pratiques auxquelles elle enjoint les femmes.

Cette revue de littérature a été l'occasion de présenter la constitution de l'objet « ménopause » en anthropologie et en sociologie et d'approfondir l'analyse de différentes recherches en soulevant les problématiques qu'elles mettent en jeu. De cette revue de littérature, nous gardons plusieurs objets de questionnement à l'esprit. Tout d'abord, le caractère déterminant du lien entre menstruations et rapports sociaux de sexe. La construction des physiologies est ainsi à appréhender comme une grille de lecture des rapports entre les sexes. Analyser les représentations du sang menstruel et de sa cessation dans notre contexte social nous permettra de comprendre la manière dont elles mettent en jeu rapports de pouvoir et catégories de sexe. S'intéresser à la construction de la physiologie ne revient pas à réduire la ménopause à la physiologie : un processus de ménopause sociale se fait jour dans certains contextes et nous interrogerons l'existence de cette norme dans notre contexte social. Ensuite, le caractère historiquement et culturellement construit de la ménopause a émergé. Ceci nous invite à poursuivre cette réflexion en enrichissant ces analyses d'un éclairage sur les paradigmes qui ont construit la ménopause dans le discours médical au fil des siècles et sur les acteurs qui construisent la ménopause dans le contexte social français actuel. La variabilité des manifestations corporelles éprouvées par les femmes à la ménopause a également été mise en lumière. Ceci nous engage nous intéresser à la construction sociale du symptôme dans notre contexte et à comprendre la manière dont les femmes se saisissent des manifestations corporelles à la ménopause. Pour rendre compte de l'expérience des femmes à la ménopause, le recours à la forme d'une typologie est, en outre, apparu pertinent. Nous nous attacherons pour autant à éviter l'écueil de la rigidité que la typologie implique en incluant la question de la temporalité dans notre réflexion. La ménopause soulève, enfin, la question de la médicalisation en tant que dispositif de pouvoir sur le corps des femmes. Dans ce sens, nous garderons à l'esprit la dimension politique de notre objet.

Chapitre II.

Cadre théorique et méthodologique

Nous présentons ici le cadre théorique dans lequel s'insère notre analyse et la démarche méthodologique que nous avons suivie pour la mener à bien. Dans un premier temps, nous préciserons notre démarche théorique qui s'ancre dans une perspective constructiviste et interactionniste.

1. Cadre théorique

1.1 Une réalité sociale construite, fruit d'interactions

Avec pour référence le concept de « construction sociale de la réalité » développé par Berger et Luckmann, notre analyse se situe dans une perspective constructiviste. Entendons par « réalité » le monde de la vie quotidienne tel qu'il est « disponible pour le sens commun des membres ordinaires d'une société » (Berger et Luckmann, 2006, p. 69). En posant que la réalité est construite socialement, nous impliquons, tout d'abord, la relativité de ce que l'on nomme « réalité » : « toute société a ses moyens spécifiques de percevoir et de définir la réalité : son monde, son univers, son organisation agencée de symboles » (Berger et Kellner, *in* Berger et Luckmann, 2006, p. 309). La réalité est relative. Or, la définition de la réalité n'est pas neutre : elle est sous-tendue par des rapports de force et il apparaît que « celui qui détient le plus grand bâton possède les meilleures chances d'imposer ses définitions de la réalité » (Berger et Luckmann, 2006, p. 194). Posséder le pouvoir de définir la réalité revient à pouvoir imposer une certaine signification du réel. En outre, nous devons tenir compte du caractère situé de la réalité. Notre société ne constitue pas « un ''système social'' ahistorique » (*Ibid.,* p. 301). L'étudier demande de comprendre l'histoire dont elle découle et de prendre en compte le contexte économique, social et politique dans lequel elle se produit. Poser le fait que la réalité est socialement construite implique, ensuite, la question de la production de connaissances : « toute ''connaissance'' humaine est développée, transmise et maintenue par des situations sociales » (*Ibid.,* p. 44). Parce qu'elle est un produit social, la dialectique est au cœur de la question de la connaissance. Dans ce sens, nous suivons Berger et Luckmann pour analyser le produit de la science comme fruit d'un contexte social et non des théories qui existeraient « dans une sorte de ciel platonique d'idéation a-historique et a-sociale » (*Ibid.,* p. 206).

Dans ce cadre, nous caractérisons, enfin, l'identité par sa labilité : l'identité individuelle est « conservée, modifiée, ou même reformée par des relations sociales » (*Ibid.,* p. 284). Loin d'être figée, façonnée de manière immuable par la socialisation de l'individu et son appartenance à une catégorie sociale, l'identité est mouvante. Elle constitue « un phénomène qui émerge de la dialectique entre l'individu et la société » (*Ibid.,* p. 286), c'est-à-dire qu'elle est un processus toujours en train de se faire.

La transmission et l'intériorisation des phénomènes sociaux et culturels se produit par le mécanisme de socialisation. Le concept de socialisation se comprend comme « l'installation consistante et complète d'un individu à l'intérieur du monde objectif d'une société ou d'un secteur de celle-ci » (*Ibid.,* p. 225). Berger et Luckmann établissent une distinction entre socialisation primaire et socialisation secondaire. La socialisation primaire est celle « que l'individu subit dans son enfance, et grâce à laquelle il devient membre de la société » (*Ibid.*). Pendant ce processus, l'enfant rencontre « les autrui significatifs qui s'occupent de sa socialisation (…) qui médiatisent ce monde pour lui » (*Ibid.,* p. 226). La socialisation commence par l'intériorisation « premièrement, d'une compréhension des semblables, et deuxièmement, d'une appréhension du monde en tant que réalité sociale et signifiante » (*Ibid.,* p. 224). L'enfant fait ensuite sienne les normes, attitudes et rôles des autrui significatifs : c'est le processus d'identification. La socialisation repose sur des espaces et des séquences d'apprentissage socialement définis. Berger et Luckmann, contre l'idée d'une socialisation mécanique, pose que ce processus constitue une dialectique « entre l'identité objectivement attribuée et subjectivement appropriée » (*Ibid.,* p. 227). La socialisation secondaire constitue « tout processus postérieur qui permet d'incorporer un individu déjà socialisé dans des nouveaux secteurs du monde objectif de sa société » (*Ibid.,* p. 225). Elle consiste en « l'intériorisation de ''sous-mondes'' institutionnels ou basés sur des institutions » (*Ibid.,* p. 236). Toutefois, la socialisation n'est pas un processus fini : elle « n'est jamais totale ni terminée » (*Ibid.,* p. 235). Se voit ici introduite la perspective d'une identité en mouvement : non seulement la socialisation primaire ne constitue pas la seule socialisation, mais la socialisation secondaire se déroule tout au long de la vie.

Nous plaçons également au cœur de notre analyse l'« importance de l'action et de l'interaction, de leurs aspects inéluctablement temporels, des effets de réciprocité entre situations contraignantes et action » (Strauss, 1992b, p. 15). Notre paradigme analytique réside dans le concept d'interaction défini en tant que « processus qui informe les

comportements humains » (Blumer, 1998, p. 8, notre traduction). Ce concept implique la dynamique en tant que l'interaction est « un processus fluide, dynamique, ''en continu'' ; elle donne lieu à une succession de réactions réciproques des partenaires » (Strauss, 1992b, p. 59). Le paradigme interactionniste rend compte de la dimension essentiellement dialectique de la vie sociale : « les êtres humains agissent sur les choses selon le sens qu'elles ont pour eux. (…) le sens des choses dérive, ou découle, des interactions sociales (…), ces significations sont contenues et modifiées dans un processus interprétatif utilisé par l'individu au cours de ses activités » (Blumer, 1998, p. 2, notre traduction). Les significations constituent ainsi « des produits sociaux, des créations construites dans et par les activités de définition qui découlent des interactions humaines » (*Ibid.,* p. 5, notre traduction). Mettre au cœur de notre analyse la notion d'interaction suppose de penser la question du processus comme paradigme fondamental. Nous nous attacherons à éclairer « la dimension temporelle des faits étudiés, qui sont toujours conçus comme des processus, et non comme des états » (Chapoulie, *in* Becker, 1985, p. 16). Nous comprenons la société comme le produit de l'activité des individus, en tant qu'ils sont des acteurs dotés de ressources. Elle constitue, ainsi, « une structure vivante en permanence en train de se faire et se défaire » (Le Breton, 2004, p. 51) à partir d'un ensemble d'actions collectives. Nous appréhendons notre société comme un « ordre négocié » (Strauss, 1992a, p. 249). Les individus ne sont, en effet, pas « mûs par des forces mystérieuses et inconnaissables » (Becker, 1985, p. 216), mais ils sont des acteurs : « fondamentalement, les groupes humains, ou sociétés, existent dans des actions et doivent être appréhendés en termes d'action » (Blumer, 1998, p. 6, notre traduction). L'individu apparaît tout à la fois lieu de liberté et de déterminations. Les normes sociales nous semblent ainsi à analyser non telles des lois transcendantes, mais des « fils conducteurs » (Le Breton, 2004, p. 47). Nous rappelons « le caractère intrinsèquement situationnel des normes, qui existent seulement dans un consensus perpétuellement renouvelé d'une situation à une autre, plutôt que comme incarnation spécifique et persistante de valeurs de base » (Becker, 1985, p. 221). Les représentations, les normes et les valeurs individuelles sont, en effet, « construites au cours des interactions entre les acteurs et ne sont pas immanentes aux ''objets'' qui composent la société » (Chapoulie, *in* Becker, 1985, p. 16).

Dans ce cadre, nous portons une attention particulière au langage, aux « façons de dire » (Verdier, 1979). Parce que « nommer, c'est situer » (Strauss, 1992b), il nous semble « impossible de mener une réflexion sérieuse sur les identités et les actions humaines sans mettre la linguistique au cœur des débats » (Strauss, 1992b, p. 17). Nous entendons le langage

en tant que « système symbolique externe et contraignant, communément partagé » (Martuccelli, *in* Berger et Luckmann, 2006, p. 20). Nous le mettons au cœur de notre réflexion car la vie sociale repose « sur la force du récit partagé entre les acteurs » (*Ibid.*).

Au fondement de la société se situent également les représentations sociales qu'elle produit et qui la caractérisent. Les représentations sociales constituent un système d'interprétation qui oriente le rapport de l'individu à lui-même, à autrui et à la société toute entière. La notion de représentation sociale a pour origine celle de représentations collectives, développée dans la sociologie durkheimienne. Ensembles de croyances et de sentiments collectifs, ces représentations correspondent « à la manière dont cet être spécial qu'est la société pense les choses de son expérience propre » (Durkheim, 1968, p. 621). Communes aux membres d'une collectivité, elles possèdent chez Durkheim la forme d'une contrainte extérieure : « une sorte de force, d'ascendant moral en vertu duquel elles s'imposent aux esprits particuliers » (Durkheim, 1968, p. 624). Le concept de représentations sociales a ensuite été notamment nourri par un courant de recherches porté par Moscovici qui les définit comme « partagées par un grand nombre de personnes, transmises d'une génération à la suivante, et imposées à chacun de nous sans notre assentiment conscient » (Moscovici, 1986, p. 51).

Les représentations sociales et leur ordre « sont assurés en commun par les membres de la société. Elles acquièrent alors non seulement leur objectivité, mais sont considérés comme le monde *tout court* » (Berger et Kellner, *in* Berger et Luckmann, 2006, p. 309). Elles forment un système d'interprétation du monde dans lequel le langage joue un rôle majeur. « Base symbolique de la société » (*Ibid.*), le langage s'étaie tout autant qu'il informe le « système de représentations toutes faites, grâce auquel les innombrables expériences de la réalité sont mises en ordre » (*Ibid.*). Si les représentations sociales constituent des catégories partagées d'appréhension du monde, elles n'en sont ni figées ni universelles. Elles varient en fonction des cultures et des appartenances sociales. Elles peuvent varier au sein d'une même culture. Nous établissons, ainsi, une différence entre un noyau dur de représentations propres à notre culture, qui en marque par exemple les normes structurantes (on ne touche pas le sexe de quelqu'un qu'on ne connaît pas) et les dégoûts (on ne mange pas de vers de terre), et des représentations plus sujettes à la mouvance, qui diffèrent en fonction des catégories sociales, de la position de l'individu au sein de la collectivité et qui peuvent varier au cours de la vie

d'un même individu. Qu'elles le soient à l'aune de toute une société ou bien d'un groupe plus restreint, les représentations sociales ont ceci de commun : elles sont partagées.

La production d'un sens collectif est au cœur de la fonction de la société : ce sens est ce qui permet à chaque individu de pouvoir directement faire preuve d'une participation acceptable aux activités sociales sans avoir à faire quotidiennement rejouer le sens des choses et son inscription en son sein. Le lien de sens permet aux individus d'un même contexte social d'avoir un socle commun de références. Ce sens n'est, toutefois, ni plaqué ni figé, mais coproduit à tous les instants par les individus. Loin d'être une force surplombante et invisible, la société est une élaboration des individus : toute action individuelle dans le monde est signe de social et production de social. Nous n'envisageons ainsi pas la société comme le résultat de forces agissant des individus passifs, mais comme le produit des individus. Nous n'excluons, toutefois, pas les rapports de pouvoir et de domination qui traversent l'espace social en tant qu'ils sont des produits de l'activité humaine.

C'est ainsi dans une perspective constructiviste et interactionniste que nous nous intéressons à la question de la ménopause dans notre contexte social. Pour appréhender cet objet, une notion importante nourrit notre analyse: le genre. Nous allons maintenant la présenter plus précisément. Cette présentation ne vise aucunement à épuiser cette notion, mais à circonscrire et préciser notre approche théorique.

1.2 Le genre : contre un universalisme essentialisant, dépasser la dichotomie nature/culture et faire émerger le genre comme principe du sexe

1.2.1 Le genre, une définition

Le genre sous-tend notre approche de la ménopause. Nous le définissons comme un principe de division hiérarchisant les sexes et comme un système d'organisation régissant les rapports sociaux entre eux : il est à la fois un rapport social et un espace normatif producteur d'une hiérarchie entre les sexes. Nous suivons, en ce sens, la définition de Nicole-Claude Mathieu : « le genre a trait non à la différence, mais à la différenciation sociale des sexes » (Mathieu, *in* Hurtig, Kail et Rouch, 2003, p. 69). Le genre est socialement construit et historiquement situé.

Pour poursuivre notre définition du genre, nous nous appuyons sur l'article fondateur de Joan Scott paru en 1986 : « Le genre : une catégorie utile d'analyse historique ». L'historienne définit le genre comme « un élément constitutif des relations sociales fondé sur les différences perçues entre les sexes, (…) une façon première de signifier les rapports de pouvoir » (Scott, 2012, p. 41) Pour Scott, le genre se fonde sur un faisceau de quatre constituants dont « aucun d'entre eux n'opère sans les autres » (*Ibid.,* p. 44). Le genre est tout d'abord, constitué « des symboles culturellement disponibles qui évoquent des représentations multiples (…), Eve et Marie comme symboles de la femme, par exemple, dans la culture occidentale, mais également les mythes de la lumière et des ténèbres, de la purification et de la souillure, de l'innocence et de la corruption » (*Ibid.,* p. 41). L'historienne renvoie ici au caractère essentiel de l'imaginaire culturel dans le genre : références communes et mythes partagés le produisent et le soutiennent. Constituent également le genre, « les concepts normatifs qui mettent en avant des interprétations de la signification des symboles, (…) exprimés dans les doctrines religieuses, éducatives, scientifiques, juridiques et, typiquement, elles prennent la forme d'oppositions binaires figées qui affirment catégoriquement et sans équivoque ce que signifient ''homme'' et ''femme'', ''masculin'' et ''féminin'' » (*Ibid.,* pp. 41-42). Le genre est producteur de catégories d'appréhension et d'assignation du féminin et du masculin. Il fonde un système dichotomique et le constitue comme évidence. Les institutions travaillent à la constitution et au maintien de « l'allant de soi » du genre. Le troisième constituant du genre réside ainsi dans sa « dimension politique et des références aux institutions et organisations sociales » (*Ibid.,* p. 42). Le genre constitue donc une pragmatique qui s'ancre dans les affaires de la cité et les pratiques communes au monde social. Enfin, « l'identité subjective » (*Ibid.,* p. 43) est le quatrième constituant du genre : le genre est incorporé par chaque individu qui, dans une certaine mesure, travaille ce système. Contre toute tentation universaliste, il nous faut donc garder à l'esprit que « dans la réalité, ni les hommes ni les femmes ne correspondent littéralement ou à tout coup aux normes prescrites par la société » (*Ibid.*). Les normes, si elles n'en sont pas moins incorporées, peuvent être sujettes à différentes mises en pratique et à des négociations au niveau individuel.

Nous retenons, en outre, l'analyse de Butler quant au caractère performatif du genre. Le genre « n'est pas un nom, pas plus qu'il n'est un ensemble d'attributs flottants. (…) le genre est toujours un faire » (Butler, 2006, p. 96). Le genre ne constitue pas un système surplombant qui opérerait par magie : il est une pragmatique, c'est-à-dire qu'il est toujours en train de s'actualiser dans les pratiques des individus. Modelant le social en son entier, le genre opère

par trois types de procédés discursifs. Tout d'abord, la naturalisation (« la nature féminine »). Ensuite, le procédé de généralisation (dans l'énonciation pronominale « toute femme ») qui fonctionne à partir d'une essentialisation : « le mythe de la-femme » (Wittig, 2001, p. 58). Enfin, le procédé de normalisation (dans la norme prescriptive « une vraie femme ») est à l'œuvre dans le genre. Face à l'essentialisation produite par le genre, nous veillerons à « toujours dissocier soigneusement ''les femmes'' (…) et ''la femme'', le mythe. Car la-femme n'existe pas pour nous, elle n'est autre qu'une formation imaginaire, alors que ''les femmes'' sont le produit d'une relation sociale » (*Ibid.,* p. 59)

S'il est un faire, le genre ne constitue pas le produit de l'activité d'un groupe (les hommes) sur un autre (les femmes), mais bien une co-production. Incorporées, les normes de genre sont également coproduites par les femmes : celles-ci les actualisent dans leurs discours et leurs pratiques. Pourtant, « céder n'est pas consentir » prévient Nicole-Claude Mathieu (Mathieu, 1985, p. 169) et il est important de soulever les tensions qui parcourent le genre. En tant que construction sociale, ce système peut, en effet, être déconstruit et subverti (Butler, 2006). Ainsi, s'il est opérant, le genre n'est pas une entité tutélaire ni un système immuable : il est la production d'individus ancrés dans une société donnée à un moment historique et peut être l'objet d'une déconstruction.

Dans notre culture, le genre constitue ce système de deux catégories, féminin et masculin, auxquelles sont associés deux imaginaires opposés. Le genre produit la différenciation entre les sexes. Or, la différenciation n'est jamais neutre. D'une part, le genre forme un système au sein duquel la catégorie « homme » fonctionne comme référence et la catégorie « femme » comme différence : « le concept de ''différence des sexes'' par exemple constitue ontologiquement les femmes en autres différents. Les hommes eux ne sont pas différents » (Wittig, 2001, p. 72). La différence des sexes n'a rien de naturelle. Elle est construite à partir d'une mise en sens spécifique de différences anatomiques des organes génitaux, laquelle est posée comme un en soi déterminant. Or, nous suivons Wittig pour qui « ce que nous croyons être une perception directe et physique n'est qu'une construction mythique et sophistiquée, une ''formation imaginaire'' qui réinterprète des traits physiques (en soi aussi indifférents que n'importe quels autres mais marqués par le système social) à travers le réseau de relations dans lequel ils sont perçus. (Ils/elles sont vus noirs, par conséquent ils/elles sont noirs ; elles sont vues femmes, par conséquent elles sont femmes. Mais avant d'être vu(e)s de cette façon, il a bien fallu qu'ils/elles soient fait(e)s noir(e)s, femmes) (*Ibid.,* p. 55). La construction de différences biologiques comme signifiantes et leur mise en exergue sont des produits sociaux

et ne déterminent « en soi » aucun comportement. Il n'y a pas d'essence féminine ni d'essence masculine, il n'y a qu'un système social produisant des normes sexuées. La différenciation opérée par le genre fonctionne comme « analogie a priori entre féminin/sexe/nature » (*Ibid.,* p. 112). Les femmes sont construites comme le lieu du naturel et, partant, le lieu du sexe. Le genre produit ainsi « l'appareil sous lequel s'avance la ''féminité'' : Différence, Spécificité, Corps/Femelle/Nature » (*Ibid.,* p. 111). Colette Guillaumin analyse ainsi la catégorie femme en tant que « groupe social d'un type spécial : un groupe perçu comme naturel, un groupe d'hommes considéré comme matériellement spécifique dans son corps » (cité par Wittig, 2001, p. 51). La spécificité des femmes serait leur capacité à porter les enfants et, plus encore, « l'idée que ce qui seul définit une femme, c'est sa capacité à faire un enfant (biologie) » (Wittig, 2001, p. 53). D'autre part, contre « le principe illogique de ''l'égalité dans la différence'' » (*Ibid.,* p. 58), il apparaît, bien au contraire, que la différenciation produit la hiérarchisation. Le genre constitue un système asymétrique : il fonctionne sur des stéréotypes qui opèrent une généralisation ainsi qu'une réduction identitaire. Nous avons compris que la dichotomie nature/culture sous-tend le genre. À cette dichotomie première nature/culture, le genre redouble la binarité féminin/masculin : le féminin est ainsi associé à la nature, au corps, à la reproduction, au domaine émotionnel, à l'espace privé ; le masculin est associé à la culture, à l'esprit, à la production, au domaine rationnel, à l'espace public. Cette dichotomie renvoie à deux univers socialement hiérarchisés et la binarité apparaît comme judicieusement complémentaire. En découle un prisme qui organise l'appréhension des choses selon « ce biologique si procréatif et féminin et ce social si organisateur et masculin » (Tabet *in* Mathieu, 1985, p. 65). Ce faisant, le genre construit un système qui clôt « les femmes sur elles-mêmes et sur la nature » (Mathieu, *in* Gardey et Löwy, 2000, p. 119). Plus qu'identifiée au corps, la femme apparaît « enfermée dans son sexe » (Knibiehler et Fouquet, 1983, p. 113). La femme est, avant tout, son sexe. Associant le corps féminin à la nature et à la reproduction, le genre consiste, en effet, en « un mécanisme culturel construisant obligatoirement le corps féminin *en tant que* corps maternel » (Butler, 2006, p. 194). La figure de « la femme » est définie par la fécondité. Dans ce système, « un glissement semble se produire (…) entre la capacité et le fait de procréer, et ce dernier, au lieu d'être l'aboutissement d'un processus qui nécessite banalement les deux sexes, devient l'essence, la nature même des femmes » (Tabet, *in* Mathieu, 1985, p. 65). Ainsi, les éléments qui caractérisent la catégorie « féminin », loin d'être neutres, ancrent les femmes dans un système hiérarchisé sous-tendu par des normes et des valeurs spécifiques à notre culture. Le féminin est « défini en termes d'absence ou de passivité » (Butler, 2006, p. 219) et dans ce système dissymétrique, « le corps et la nature sont

réduits à cet état de fait silencieux qu'est le féminin, et à attendre leur signification de la partie adverse, le sujet masculin » (*Ibid.,* p. 117). Le genre est tout à la fois normatif et prescriptif. Enfin, le genre touche à la norme hétérosexuelle. La différenciation entre les sexes se construit, en effet, du mythe de leur complémentarité, qui nourrit l'hétéronormativité : « une relation qui revêt un caractère d'inéluctabilité dans la culture comme dans la nature, c'est la relation hétérosexuelle » (Wittig, 2001, p. 71). Le couple hétérosexuel est construit comme seul espace pertinent et légitime en termes de sexualité dans notre contexte social.

Loin d'organiser des imaginaires non opérants, ce système est efficient, en ce que, pratiquement, il informe le social en son entier, l'économique tout autant que le politique, le privé tout autant que le public : « la différenciation des tâches et des fonctions sociales (est l') attribut principal du genre » (Mathieu, *in* Hurtig, Kail et Rouch, 2003, p. 76). Plus encore, les normes de genre « le dimorphisme idéal, la complémentarité hétérosexuelle des corps, les idéaux et la règle de ce qui est proprement ou improprement masculin et féminin (…) établissent ce qui sera intelligiblement humain ou ne sera pas, ce qui sera considéré ou non comme ''réel'' » (Butler, 2006, p. 47).

Si le genre constitue les rapports sociaux de sexes, les enjeux que soulèvent la dichotomie sexe/genre ne peuvent être écartés. Cette dichotomie renvoie directement à celle établie entre la nature et la culture. Or, dans le langage, « le terme ''sexe'' dénote et connote quelque chose de naturel » (Delphy, *in* Hurtig *et al.,* 2003, p. 96). Il nous faut, également, nous intéresser à la bicatégorisation des sexes en tant que telle et au fait que « nos sociétés perçoivent la dichotomie des sexes comme un donné, fondé en ''Nature'' » (Mathieu, *in* Hurtig *et al.,* 2003, p.70).

1.2.2 Le genre n'est pas la facette sociale d'un sexe « naturel »

Dans une perspective nourrie par le constructivisme, nous posons que le genre n'est pas la face sociale d'un sexe naturel. Le sexe consiste en une assignation sous-tendue par le système de genre propre à notre culture : « la différence sexuelle n'est pourtant jamais simplement le résultat de différences matérielles qui ne soient pas de quelque façon à la fois marquées et formées par des pratiques discursives » (Butler, 2009, p. 15).

En ce sens, le social ne construit pas seulement le genre, mais également le sexe : il n'y a de sexe que social, parce que ce qui est nommé « donné biologique » n'a rien d'un « donné », mais se révèle toujours un « pris », dans des schèmes d'appréhension propres à une culture, dans un contexte historique, dans un espace scientifique, donc un « produit ». De même,

« l'anatomie » est toujours et avant tout un objet pensé dans des schèmes d'appréhension spécifiques à un espace social et informé par des représentations sociales spécifiques. Nous entendons ainsi participer de la déconstruction du « statut naturel (prélinguistique, anhistorique) du statut du sexe » (Scott, 2012, p. 91). Sur la question du sexe, les travaux de Thomas Laqueur ont ainsi démontré que, jusqu'à la fin du XVIIIe siècle en Occident, les représentations du sexe étaient différentes des nôtres. Loin de notre binarité, avait cours l'idée d'un sexe unique et d'un système de perfection dont l'homme constitue le sommet : « on a longtemps compris le corps féminin comme ''un moindre mâle'' (une version inférieure du corps masculin suivant le modèle unisexe » (Laqueur, 1992, p. 10) avant de le voir comme « son opposé, incommensurable » (*Ibid.*). Cet univers d'appréhension du monde organisait la différence sexuelle comme « une affaire de degrés, de gradations d'un seul et unique type masculin de base » (*Ibid.,* p. 18). Un sexe prévalait alors et le sexe féminin était pensé comme l'inverse du sexe masculin. Ainsi, « pendant des millénaires s'était imposée comme un lieu commun l'idée que les femmes avaient les mêmes parties génitales que les hommes » (*Ibid.,* p. 17), à l'intérieur de leur corps. Plus précisément, « le vagin est imaginé comme un pénis intérieur, les lèvres sont l'équivalent du prépuce, l'utérus du scrotum, et les ovaires des testicules » (*Ibid.,* p. 17). Cette manière de penser un modèle unisexe se retrouve dans le langage : « deux millénaire durant, l'ovaire - un organe devenu à l'aube du XIXe siècle la synecdoque de la femme – n'eut même pas de nom propre. Galien le désigne du même mot qu'il emploie pour les testicules du mâle, *orcheis*, laissant le contexte préciser de quel sexe il s'agit » (*Ibid.*). De même, le concept de vagin en tant qu'organe féminin n'existait pas : « ni en latin ni en grec, ni d'ailleurs en aucune langue vernaculaire européenne jusqu'aux alentours de 1700, on ne trouve le moindre terme technique pour désigner le vagin comme le tube ou la gaine dans laquelle le pénis, son opposé, s'engage et par lequel l'enfant vient au monde » (*Ibid.,* p. 18). Les catégories « homme » et « femme » telles que nous les entendons aujourd'hui ne sont ni universelles ni immuables, mais bien l'objet d'une construction. Ces deux catégories émergent à la fin du XVIIIe siècle : « autour de 1800, des auteurs de toutes sortes résolurent de fonder les différences qu'ils jugeaient capitales entre sexe masculin et sexe féminin, donc entre homme et femme, sur des distinctions biologiques décelables et de les exprimer dans une rhétorique radicalement différente » (*Ibid.*). Nous suivons ainsi la thèse de « l'aporie de l'anatomie » (*Ibid.,* p. 270) qui sous-tend le genre.

Sur ce point, nous rejoignons les critiques de Nelly Oudshoorn vis-à-vis d'une distinction sexe/genre qui rejouerait une distinction biologique/social. Nous ne suivons donc pas les

théories féministes « qui ne questionnent pas le sexe biologique de ces sujets qui sont socialisés en tant que femmes, qui prennent le sexe et le corps pour allant de soi, en tant que réalités biologiques non sujettes au changement et qui n'ont pas besoin d'être approfondies » (Oudshoorn, 1994, p. 3, notre traduction). Ni objet anhistorique, ni objet asocial, le sexe est l'objet d'une construction. Ainsi, « le vagin, le pénis, les lèvres et le clitoris ne fondent aucune bicatégorisation sexuelle ''biologique'', la définition de leur fonction obéissant aux seules prérogatives hétérosexistes du genre » (Dorlin, 2008, p. 47). Cette question de la dichotomie sous-tend également les analyses de Butler : si Butler affirme que « le genre renvoie aux significations culturelles que prend le sexe du corps » (Butler, 2006, p. 67), elle n'en reste pas là : « en réalité, peut-être le sexe est-il toujours déjà du genre et, par conséquent, il n'y aurait plus vraiment de distinction entre les deux » (*Ibid.,* p. 69). Butler indique par là les tensions qu'il existe à catégoriser le genre du côté de la culture et le sexe du côté de la nature, faisant du premier le résultat d'un travail culturel sur une nature première et un sexe naturel, donc non construit lui aussi par la culture. Précisément, pour Butler, le genre n'est pas « un processus culturel qui ne fait que donner un sens à un sexe donné » (*Ibid.*). Le genre consiste en « l'appareil de production et d'institution des sexes eux-mêmes. En conséquence, le genre n'est pas à la culture ce que le sexe est à la nature ; le genre, c'est aussi l'ensemble des moyens discursifs/culturels par quoi la ''nature sexuée'' ou un ''sexe naturel'' est produit » (*Ibid.*).

Or, le genre, pour s'exprimer et se reproduire, nécessite le sexe dans son acception de naturalité. Sexe et genre ne s'opposent donc pas, mais, au contraire, le sexe opère la légitimation du genre. Nous ne remettons pas en cause la matérialité des corps, mais leur supposée naturalité. Le corps n'est pas premier, le biologique ne constitue pas un prédicat. La matérialité des corps n'engage pas la dichotomie nature/culture, en ce que cette matérialité est sociale. Ainsi, dans une perspective constructiviste, nous posons qu'il n'y a de réalité que sociale. Or, « quand on emploie l'opposition ''naturel vs construit'', on perpétue l'idée qu'il existe une ''nature'' transparente qui, d'une façon ou d'une autre, peut s'appréhender indépendamment du savoir que nous produisons à son sujet » (Scott, 2012, p. 91). L'usage de la notion de construction sociale possède la visée heuristique de démontrer le caractère construit et situé des catégories de genre et de sexe, mais ne présuppose aucune naturalité : « la ''nature'' et le ''sexe'' sont des concepts qui ont une histoire » (*Ibid*.).

Si le concept de genre n'est pas figé, mais toujours l'objet de discussions dans le monde académique, il n'est pas non plus un concept « neutre », comme le montrent les très nombreux débats qu'il a engendré en France au cours de l'année 2012-2013, dans le contexte de la loi pour le mariage pour tous et de l'éducation des filles et des garçons à l'école. À l'usage du genre comme catégorie d'analyse, à la nécessité des recherches sur les rapports sociaux de sexe, les militants contre « la théorie du genre » opposèrent le primat du biologique et la nécessaire complémentarité des deux sexes. La cristallisation et la vivacité des débats nous semblent révélatrices : au cœur de la cité, le genre est politique.

2. Cadre méthodologique

2.1 Discours sociaux et discours individuels sur la ménopause : deux matériaux à mettre en regard

Notre recherche s'articule en diptyque : elle comprend, d'une part, une analyse de discours sociaux portant sur la ménopause et d'autre part, des entretiens menés auprès de femmes ménopausées. L'intérêt de ces deux matériaux est de les analyser en tant que tel et en regard l'un de l'autre. Notre méthodologie se nourrie de la « théorie ancrée » (Glaser et Strauss, 2010), visant à « produire un ensemble bien intégré de concepts qui émergent depuis les données recueillies sur des phénomènes sociaux » (Strauss et Corbin, *in* Cefaï, 2003, p. 364). Nous avons ainsi suivi une démarche inductive : nos catégories d'analyse ont émergé au fil de la recherche. Celle-ci a consisté en un va-et-vient constant entre travail de terrain et travail théorique, « dans un double mouvement d'engendrement des codes, des catégories, de leurs propriétés et de leurs relations dans l'analyse des données, et simultanément, de mise à l'épreuve de leur validité, (…), de raffinement contrôlé des identités et des différences jusqu'à saturation » (Strauss et Corbin, *in* Cefaï, 2003, p. 365).

Nous allons, tout d'abord, présenter les deux corpus qui constituent notre matériau et la démarche analytique que nous avons suivie pour chacun. Ensuite, nous proposerons un retour sur notre terrain d'enquête. Nous analyserons la manière dont les rapports sociaux d'âge et le genre ont caractérisé notre accès au terrain et nos interactions avec les femmes ménopausées, tout en se révélant être de puissants opérateurs heuristiques

2.1.1 Le corpus de discours sociaux et son analyse

Le corpus de discours sociaux analysé se compose de quatre types de discours au sujet de la ménopause : les discours émanant de médecins, les discours produits dans l'espace médiatique, les discours publicitaires et les discours psychanalytiques. Pour ces quatre types de discours, nous avons procédé à une analyse de contenu. Nous avons ainsi mis au jour les mécanismes rhétoriques qui les sous-tendent, afin de comprendre les représentations et les normes qu'ils véhiculent à l'endroit de la ménopause.

Nous avons, tout d'abord, analysé les discours médicaux, qui constitue la source première de discours au sujet de la ménopause. Sur ce point, notre matériau est constitué, d'une part, de références à des ouvrages d'histoire et d'autre part, d'ouvrages médicaux que nous avons recherchés sur le site de la Bibliothèque Nationale de France pour les plus anciens et dans la section destinée aux étudiants de médecine dans une bibliothèque pour les plus récents : dictionnaires médicaux, encyclopédies médicales, ouvrages de médecine générale et traités de gynécologie obstétrique. Des articles portant sur la ménopause rédigés par des médecins et accessibles sur des sites internet ont également été utilisés. Nous nous sommes également appuyés sur le discours des autorités françaises en matière de santé (celui de l'Assurance Maladie notamment). Nous avons, en outre, assisté à une manifestation portant sur la question de la ménopause organisée des médecins : le colloque « Ménopauses et praticiens » organisé par l'AFEM les 26 et 27 novembre 2010[4].

Nous avons, ensuite, travaillé sur les discours produits dans l'espace médiatique au sujet de la ménopause. Entre janvier 2010 et juin 2014, nous avons analysé une série d'articles portant sur la ménopause parus dans plusieurs magazines et sites sur internet. Nous avons choisi des magazines (et leur version numérique) visant un public féminin (*Elle*, *Marie-*

[4] L'Association Française pour l'Etude de la Ménopause (AFEM), indique son site internet, est « ouverte à toute personne, médecin ou non, ayant une activité dans le domaine de la ménopause. L'AFEM a une vocation de recherche scientifique mais également d'information auprès du corps médical et du grand public. Les activités de colloques publics sont organisées plusieurs fois par an. L'AFEM coordonne des études scientifiques multicentriques. Des enquêtes épidémiologiques permettent de mieux appréhender tous les problèmes posés par la ménopause et son traitement ainsi que les attentes des femmes » (www.menopauseafem.com). Cette association a été créée par le docteur Henri Rozenbaum en 1979. Très active dans la promotion du THS, elle possède une place à part puisque « ses membres (…) ne sont pas des scientifiques investis dans la recherche fondamentale clinique, (…) et partent en ''croisade'' pour affirmer les nombreux avantages du THS. Rapidement, l'AFEM devient l'interlocuteur privilégié de la presse » (Catherine Weil-Olivier, 2008, p. 81). Les partenaires du colloque auquel nous avons assisté étaient les laboratoires pharmaceutiques AGEM et GSK, ce qui indique que le lieu d'énonciation du discours était largement favorable au traitement hormonal des femmes en période de ménopause. Des stands de plusieurs laboratoires pharmaceutiques se tenaient à l'entrée du colloque. Les laboratoires AGEM et GSK présentèrent, en outre, un traitement de l'ostéoporose post-ménopausique par la voix d'un médecin, lors d'un déjeuner-débat.

Claire, Madame Figaro, Gala) et destinés aux « seniors » (*Marie-France, Femme actuelle, Notre Temps, Pleine Vie, Femme majuscule*) ainsi que des magazines portant sur les questions de bien-être et de santé (*Top Santé, Santé magazine*). Nous avons également pris en compte des articles portant sur la ménopause sur des sites sur internet spécialisés dans le domaine de la santé, notamment *doctissimo.fr, allodocteurs.fr, passeportsante.net, e-sante.fr* et *santeplanete.fr.* Nous avons, en outre, analysé des ouvrages de vulgarisation médicale à destination du grand public portant sur la ménopause. Une alerte émise sur le moteur de recherche Google nous permettait, enfin, d'être tenus au courant de la publication d'articles abordant la ménopause sur d'autres sites d'information et de divertissement (*nouvelobs.com, lefigaro.fr et voici.fr*, par exemple) ainsi que de séquences télévisuelles et radiophoniques, de bandes-dessinées et de tweets[5] qui évoquaient la question de la ménopause. Notre matériau est également constitué du discours publicitaire de marques au sujet de produits destinés aux femmes à la période de la ménopause. Nous avons ainsi analysé les procédés rhétoriques et les images utilisées dans les publicités pour des produits cosmétiques et des compléments alimentaires notamment. Enfin, nous nous sommes intéressés le discours psychanalytique portant sur la ménopause. Ce matériau est constitué de plusieurs ouvrages et articles rédigés par des psychanalystes, plus particulièrement à partir des années 2000.

Nous avons procédé à une analyse de contenu des matériaux recensés. Nous avons, d'une part, élaboré des catégories à partir de l'analyse des champs lexicaux utilisés et des segments de discours en lien avec notre objet, afin de dégager un univers discursif de la ménopause dans chaque type de discours. Le langage associé à la ménopause, les noms, adjectifs, adverbes et plus largement, les champs lexicaux et les procédés rhétoriques utilisés, ont été étudiés. Ce travail visait à mettre au jour les représentations et les normes sous-tendant ces discours à l'endroit de la ménopause. Nous nous sommes également intéressés à la construction d'une figure de « la-femme-ménopausée » et avons tenté de mettre au jour les stéréotypes associés à cette figure. Nous avons, d'autre part, analysé les images produites dans l'espace médiatique et plus particulièrement, les photos illustrant les articles, afin de saisir la manière dont elles mettent en scène les femmes et dont elles participent de la construction d'une figure de « la-femme-ménopausée ». Pour une meilleure lisibilité, nous avons présenté les références et sources de ces discours (médical, médiatique et psychanalytique) en notes de bas de page.

[5] Un tweet est un « court message (140 à 200 caractères maximum) posté sur un microblog, pour partager des informations et des hyperliens » (définition tirée du Dictionnaire *Le Robert,* 2012)

2.1.2 Le corpus d'entretiens auprès de femmes ménopausées

Notre matériau est, par ailleurs, constitué de 30 entretiens approfondis réalisés auprès de femmes ménopausées, âgées de 45 à 65 ans, de CSP et de lieux de résidence variés. Ces entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement[6]. 26 entretiens individuels ont été réalisés. D'une durée variant de 45 minutes à 2 heures 30, ils se sont le plus souvent déroulés au domicile des interviewées. Trois entretiens se sont déroulés dans des cafés. Un entretien de groupe avec 4 femmes a également été réalisé. Il s'est déroulé à notre domicile. Un tableau présentant les caractéristiques de nos interviewées est proposé en annexe.

Deux moyens nous ont permis de rencontrer les 30 femmes interviewées. Le réseau personnel, familial et amical, a été la plus grande ressource. Nous avons également rencontré 10 femmes par le biais d'annonces postées dans la rubrique « Ménopause » du forum du site *aufeminin.com* et une annonce mise sur celui du site *notretemps.com*. Soulignons que l'effet « boule de neige » n'a presque jamais fonctionné. Deux femmes seulement ont accepté de parler de notre enquête à une connaissance pour nous permettre de la rencontrer, ce qui a abouti dans un seul cas. Les autres femmes n'ont pas donné suite à notre requête. Nous tenons pour significatif l'échec de l'effet « boule de neige ». Par comparaison, nous avons eu plus de mal à entrer en contact avec des femmes ménopausées qu'avec les franc-maçonnes rencontrées lors de notre recherche de DEA[7]. La ménopause nous est apparue plus secrète qu'une société secrète.

Avant de présenter plus avant notre méthodologie, soulignons, d'une part, que si l'âge maximal des femmes rencontrées est de 65 ans, c'est parce que nous nous sommes confrontés au problème du souvenir dans un des premiers entretiens avec une femme âgée de 65 ans. Cette interviewée nous a indiqué à plusieurs reprises ne plus se souvenir précisément de certains évènements, nous avons préféré rencontrer des femmes moins âgées. Cette limite d'âge ne consiste pas en un ajustement que nous étayons par plus de raisons que notre souci d'avoir accès aux souvenirs des interviewées. D'autre part, précisons que notre volonté de réaliser un entretien de groupe découle des aléas du terrain. En effet, face à une succession d'entretiens marqués par des réticences et des malaises chez les femmes, nous avons tenté de nous dégager de cette crispation en mettant en place un entretien collectif sous-tendu par une

[6] Les guides d'entretien sont présentés en annexe.

[7] Mémoire de DEA effectué sous la direction de Monique de Saint-Martin (EHESS, 2002), qui portait sur la Franc-maçonnerie féminine : « *La Franc-maçonnerie féminine parisienne au tournant du XXIe siècle. Entre intégration sociale, domination masculine et contraintes d'appartenance, un espace de possibles* »

dynamique de groupe que nous espérions fructueuse en termes de fluidité de parole, ce qui a été le cas. Nous analysons cet entretien au même titre que les autres et selon la même méthode.

Notre méthodologie s'inspire de la « théorie ancrée ». Celle-ci consiste en une démarche inductive : « la théorie ancrée provient des données et elle est ensuite illustrée par des exemples caractéristiques de ces données » (Glaser et Strauss, 2010, p. 88). Dans l'analyse de nos entretiens, nous avons précisément étudié les champs lexicaux utilisés par les interviewées, les métaphores dont elles font usage, la manière dont elles évoquaient les évènements et éléments associées à la ménopause, les acteurs convoqués dans leur expérience. Nous avons, en outre, porté une attention particulière au langage et avons nourri notre analyse des entretiens de tous ces « mots sociaux qui condensent une pratique, une existence, une perception du monde social » (Beaud, 1996, p. 252). Nous avons cherché à faire sens de « tout ce qui dans un entretien est dit à demi-mot ou figure entre les lignes, aux hésitations, aux contradictions plus ou moins assumées, ou encore aux dénégations ou silences répétés » (*Ibid.,* p. 253). Nous avons opéré un travail de codage des données à partir de nos entretiens : identification d'éléments afférents à un thème, catégorisation, comparaison systématique des discours amenant à la conservation de l'item comme élément d'analyse ou à son élimination, puis regroupement d'items permettant d'aboutir à la conceptualisation, permettant à l'analyse de « ''monter'' en précision et en complexité, en généralité et en abstraction » (Strauss et Corbin, *in* Cefaï, 2003, p. 367). Nous avons également eu le souci « de faire jouer le principe de variation sur des différences sociales qui apparaissent progressivement pertinentes » (Beaud, 1996, p. 252).

Tout au long de notre travail, nous avons opéré une « combinaison de faits observés et de théorie » (Becker, 2006, p. 52), en nous intéressant particulièrement au « processus d'interprétation à travers lequel (l'individu) construit ses actions » (Becker, 1985, p. 195). Nous avons petit à petit construit notre modèle théorique, affiné au fil des entretiens, toujours soucieux de « l'adéquation entre le concept et la donnée » (Becker, 2006, p. 91). Avec la saturation des données, nous avons pu affermir notre modèle d'analyse.

Notre hypothèse de départ était que la ménopause physiologique constitue un évènement de rupture pour les femmes. Toutefois, les 10 femmes que nous avons rencontrées lors de notre premier épisode d'entretiens « refusèrent de remplir [nos] attentes » (Becker, 2006, p. 70) : leurs propos ne faisaient état ni d'un évènement, ni d'une rupture au moment de la ménopause physiologique. Nous avons procédé à l'analyse des entretiens et, en dialogue

permanent avec les ouvrages théoriques, avons découvert que les questions d'interactions et de processus étaient au cœur des expériences des femmes. Notre deuxième épisode de terrain a été un tournant. En effet, sur les 10 premiers entretiens effectués, 8 l'ont été auprès de femmes de CSP moyenne et supérieure et urbaines. Or, les entretiens suivants ont pour la plupart été réalisés auprès de femmes de CSP moyenne et populaires vivant en zone rurale. Leurs expériences apparaissaient différentes des premières interviewées sur bien des points. Toujours en nous appuyant sur la théorie, nous avons pu mettre en évidence des traits d'expérience communs et des divergences entre ces groupes de CSP et de lieux de résidence différentes. Le concept de trajectoire s'est véritablement révélé à même de rendre compte de l'expérience des femmes. Nous avons consolidé cette structure analytique en réalisant 10 autres entretiens, nous permettant à la fois de confirmer nos analyses et de les affiner.

Notre recherche s'appuie sur 30 entretiens et n'a aucune prétention de représentativité : « les recherches qualitatives ne sont jamais neutres, elles reposent sur des négociations informelles entre l'interviewer et l'interviewé autour d'une certaine manière de se prêter au jeu. Les réponses sont des artefacts de la rencontre plutôt qu'un recueil de données incontestables. Ce sont des actions conjointes qui naissent de la teneur de la relation nouée entre les acteurs, de leurs projections mutuelles, des attentes supposées de l'un et de l'autre » (Le Breton, 2004, p. 176). Loin de chercher des résultats représentatifs, nous nous sommes attachés à comprendre des mécanismes sociaux à l'œuvre, à analyser des représentations sociales, à faire émerger des facteurs permettant d'expliquer des types d'expérience. Nous suivons en cela Marcel Mauss, pour qui, « c'est une erreur de croire que le crédit auquel a droit une proposition scientifique dépend étroitement du nombre de cas où l'on croit pouvoir la vérifier » (Mauss, cité par Fainzang, 2012, p. 19).

3. Retour sur un terrain d'enquête. *« Vous êtes enceinte et moi je ne peux plus »* : enquêter auprès de femmes ménopausées quand on est une jeune chercheuse, une expérience au cœur des questions d'âge et de genre

Si l'interaction constitue un engagement des individus (Goffman, 1973), je[8] propose de penser, à partir de mon terrain d'enquête auprès de femmes ménopausées, la relation d'enquête comme un engagement mettant en jeu rapports sociaux d'âge et de sexe entre jeune chercheuse et enquêtées ménopausées. Je vais ainsi analyser la manière dont l'âge et le genre ont caractérisé mon accès au terrain et mes interactions avec les femmes ménopausées, tout en se révélant être de puissants opérateurs heuristiques. Ce retour réflexif constitue ainsi un éclairage sur la production même des données : « l'analyse critique de la situation ethnographique – en tant que scène historique où se joue la rencontre entre l'anthropologue et ses interlocuteurs – et de la relation ethnographique – en tant que rapport inégal qui se noue entre l'enquêteur et les enquêtés – est pour nous la condition de possibilité d'un savoir anthropologique ou sociologique » (Fassin, 2008, p. 9).

3.1 L'âge et le genre, producteur d'un entre-soi féminin dans le cadre d'une enquête sur la question de la ménopause : légitimité de la « jeune femme » à enquêter sur une expérience de « vieille femme »

L'objet des entretiens approfondis menés auprès de femmes ménopausées a été de mettre au jour d'une part, l'expérience des femmes et leurs pratiques à la période de la ménopause et, d'autre part, les représentations qu'elles associent à la ménopause. Les questions lors de ces entretiens ont, notamment, porté sur leur parcours gynécologique et génésique, sur l'expérience du corps à la ménopause (cessation des menstruations, transformations du corps), sur l'expérience de la stérilité, ainsi que sur le regard intime et le regard social portés sur la ménopause. Ces entretiens ont commencé alors que j'étais âgée de 30 ans.

[8] Si, dans le reste de la thèse, nous employons le « nous » afin de réaliser notre analyse, il paraît ici adéquat d'utiliser le « je » : cette partie constitue un retour sur le terrain d'enquête déterminé par notre individualité propre (corps, allure, etc.). Aussi, c'est bien notre « façade personnelle » (Goffman, 1975) et la manière dont elle a déterminé le terrain qui est ici en jeu.

L'âge et le genre ont joué le rôle de catalyseurs et de leviers d'interactions prégnants au cours de mon terrain d'enquête. Ces deux dimensions ont, en effet, constitué des éléments déterminants de la dynamique interactionnelle avec les femmes rencontrées. S'est jouée, à de nombreuses reprises, l'initiation d'un sujet apprenant (l'enquêtrice) par un sujet sachant (l'enquêtée), autour de la transmission d'un vécu physiologique entre femmes de générations différentes. L'âge et le genre ont ainsi opéré comme producteurs d'un entre-soi féminin, au sein duquel j'étais légitimée en tant que « jeune femme » à enquêter sur une expérience de « vieille femme ».

Tout d'abord, il m'est apparu que le rapport d'âge, entre une jeune femme enquêtrice et ses enquêtées ménopausées a fonctionné comme catalyseur d'interaction. Ainsi, à plusieurs reprises, alors que j'évoquais mon sujet de recherche dans un cadre familial ou amical, sans préciser que je cherchais à réaliser des entretiens, des femmes se sont proposées d'elles-mêmes de m'entretenir de leur expérience de la ménopause. Dans une posture d'initiées, certaines femmes ont ainsi pris en charge l'amorce d'un entretien afin de raconter l'expérience de la ménopause à une jeune novice :

> *« ah, moi, je peux t'en parler de la ménopause, je suis passée par-là ! »*
> *(Claude, 65 ans, cadre commerciale à la retraite)*
> *« tu vas voir, je vais te raconter, c'est pas de la tarte la ménopause! »*
> *(Rachel, 61 ans, cadre de la fonction publique à la retraite)*

Dans ce sens, le rapport d'âge a constitué une ressource et la relation d'enquête a souvent pris la forme d'une interaction entre deux figures : le sujet sachant (l'enquêtée ménopausée) et le sujet apprenant (la jeune enquêtrice).

Ensuite, au cours des entretiens, l'âge et le genre combinés ont également joué le rôle de leviers. D'une part, aux yeux de mes interviewées, je partageais avec elles un vécu physiologique parce que j'étais une femme. Si « la proximité sociale (…) rend l'entretien plus aisé dans la mesure où interviewer et interviewé se situent dans un univers de référence partagé » (Blanchet et Gotman, 2007, p. 71), la représentation de proximité sociale touche également à la physiologie. Parce que dans les représentations des femmes, nous avions une physiologie en partage, une connivence jouait en ma faveur, sur la question des menstruations, par exemple :

> *« les règles, quand on travaille il faut avoir de quoi se changer toute la journée, parfois ça peut être plus abondant qu'à d'autres moments donc on se pose tout le temps la question, est-ce qu'on a pris assez de protections pour la journée, c'est emmerdant quelque part ! Bon, vous le savez, vous*

êtes encore à l'âge de le savoir ! Alors, c'est vrai que le jour où ça s'arrête, on est bien content ! » (Josée, 65 ans, vendeuse à la retraite).

D'autre part, aux yeux de mes interviewées, en tant que jeune femme pas encore ménopausée, je pouvais légitimement m'interroger sur une expérience physiologique que j'aurais à vivre plus tard. Le genre et l'âge, en tant que producteurs de catégories, sous-tendent la légitimité dont j'ai pu faire preuve et opérer comme leviers lors de ces interactions : j'étais légitimée en tant que « jeune femme » travaillant sur une expérience de « vieille femme ». Ainsi, adoptant une position de savoir, certaines femmes rencontrées ont axé une partie de leurs propos dans le sens d'une transmission de l'expérience féminine, entre femmes de générations différentes. Elles m'ont ainsi décrit les manifestations corporelles à la ménopause dans le but de me faire connaître les changements du corps et leurs signes à la ménopause :

« je vous raconte toute mon expérience, vous allez en apprendre des choses ! Les bouffées de chaleur et aussi le caractère qui change» (Pauline, 55 ans, assistante maternelle)
« j'ai eu des bouffées de chaleur à la ménopause, vous sentez que ça monte, ça monte, vous devenez toute rouge, il faut se ventiler, je vous raconte ce qui s'est passé pour moi, comme ça vous saurez pour plus tard ! » (Lisette, 57 ans, sans profession).

Une logique de transmission était à l'œuvre, dont la dimension heuristique a été de faire émerger les signes corporels discriminés par les femmes à la ménopause et les différentes manières de les appréhender selon les CSP.
Certaines interviewées m'ont, également, procuré des conseils de prévention, dans un cadre qui relevait d'un entre-soi féminin :

« je suis une femme qui se fait suivre par un gynécologue depuis mes 20 ans, donc à la ménopause, je suis simplement allée voir le gynécologue pour lui dire ''qu'est-ce que je fais ?''. Je connaissais très bien ma gynéco, c'est important que ce soit quelqu'un qui te suive, d'ailleurs pour toi aussi, il faudra que tu te fasses suivre à cette période-là c'est important. D'ailleurs, est-ce que tu as un gynécologue bien ? Je peux te donner des noms… » (Claude, 65 ans, cadre commerciale à la retraite)
« quand j'ai eu mon cancer du sein, il y avait plein de femmes de moins de 50 ans aussi, faites une mammographie avant 50 ans, il faut que vous la fassiez vers les 40 ans, parce qu'à partir de ce moment-là le corps change» (Pauline, 55 ans, assistante maternelle).

Sous la forme du conseil, ce type de propos m'a laissé entrevoir leurs représentations de la ménopause et la place prégnante de la figure du médecin dans leur expérience. Certaines femmes m'ont, enfin, donné des « trucs et astuces » de la ménopause, mettant ainsi en lumière leurs pratiques à cette période :

« moi j'ai pris des comprimés naturels pour les bouffées de chaleur, je ne voulais pas d'hormones, je vous le dis comme ça, ça vous donne des petits trucs pour quand ça vous arrivera! » (Léa, 52 ans, chargée de paie)
« depuis la ménopause, avec les bouffées de chaleur, j'ai changé ma manière de m'habiller, même si j'ai froid parfois, je n'ai pas de pulls lourds, bon c'est des petits trucs comme, c'est bien pour vous de savoir ça, pour plus tard ! » (Pauline, 55 ans, assistante maternelle).

Le fait que je sois une jeune femme a ainsi souvent catalysé un discours dans un espace interactionnel construit comme une communauté de femmes partageant une expérience physiologique : « parler de ''problèmes de femmes entre femmes'', l'une d'elles fût-elle ethnologue et armée d'un magnétophone, n'a rien d'extraordinaire. Cela peut être appréhendé comme relevant d'une certaine sociabilité féminine » (Moulinié, 2013, p. 110). Tout au long de mon terrain, la combinaison de l'âge et du genre a ainsi constitué un levier prégnant, se constituant comme passage de savoirs et de compétences au féminin.

Enfin, l'âge a d'autant plus joué un rôle de levier que cette transmission de savoir rompt avec les pratiques interactionnelles et discursives habituelles des femmes à la ménopause. Cette expérience est avant tout socialisée dans le cadre médical en interaction avec un médecin, et parfois avec les pairs, comme nous le verrons par la suite. Le rapport d'âge que j'ai noué avec mes interviewées a donc été sous-tendu par une forme d'exotisme : le fait d'avoir à aborder cette expérience avec ni un médecin ni avec une femme ménopausée, mais avec une personne plus jeune qu'elles leur proposant d'évoquer la ménopause « hors du symptôme », les a fait ainsi sortir de leur routine de socialisation, leur offrant un espace interactionnel inhabituel, voire valorisant.

Toutefois, au cours de mon terrain d'enquête, si j'ai tout à la fois bénéficié d'une féminité en partage et d'une éducation physiologique légitimée du fait de ma jeunesse, les rapports de domination activés par l'âge et le genre n'en ont pas été absents. Ils ont ainsi pu soulever un malaise chez moi et des tensions dans l'interaction avec certaines interviewées. C'est par l'analyse d'un épisode de mon terrain que je vais illustrer la manière dont ces deux dimensions ont tout à la fois constitué un frein dans mon enquête et participé de la production de mes données.

3.2 L'âge et le genre comme freins à l'enquête ou le corps féminin à l'épreuve du terrain

« L'interaction n'est jamais seulement verbale, (…) elle implique également une symbolique corporelle » (Le Breton, 2004, p. 54) : afficher mon corps jeune et fécond face à des femmes plus âgées et stériles n'a pas été sans engendrer un malaise et des tensions au cours de mon terrain d'enquête. L'analyse d'un épisode précis de mon terrain permet d'illustrer la manière dont âge et genre ont constitué un frein à mon enquête.

Alors que j'étais enceinte, j'ai décidé de faire un entretien de groupe avec des femmes ménopausées. De mon côté, un premier signe de malaise a été l'idée qu'il fallait que je trouve une tenue qui cache ma grossesse. Il me semblait que mon corps, marqué par le fait d'être enceinte allait, par sa présence même, oblitérer le recueil de données en abolissant la neutralité que je pensais projeter habituellement en entretien. Mon ventre de femme enceinte ne cadrait pas avec la mise en scène de moi-même que j'avais développée pour réaliser les entretiens. En effet, parce qu'« une bonne part de l'art d'enquêter passe par la maîtrise des effets de ce que l'on paraît, de ce que l'on dit et de ce que l'on fait » (Cefaï, 2003, p. 554), je mettais un point d'honneur à être passe-muraille lors des interactions avec mes interviewées. Je pensais construire ma neutralité avec des vêtements de couleur neutre et simples, en n'affichant aucun signe ostensible, ni bijoux, ni maquillage et un sac « passe-partout » : une page blanche laissant toute la place à l'interviewée pour dérouler son récit. Ce faisant, je pensais naïvement toucher à « l'atopie de l'ethnographe, (…) un usage habile de cette extériorité de l'enquêteur, c'est-à-dire de ce flottement (plus ou moins) maîtrisé (mais en tout cas réfléchi) d'identité » (Naepels, 1998, p. 193). Si une réflexion sur le rapport entre le chercheur et le terrain pose la question « de la frontière à ne pas dépasser entre soi et le terrain » (Jarry *et al*., 2006, p. 189), il est à noter que je percevais mon ventre de femme enceinte comme un dépassement de cette frontière : un filtre qui allait court-circuiter ce qui me semblait être la pureté de l'entretien, en perturbant l'interaction et le fil des propos des interviewées.

Lors de l'entretien de groupe aucune mention n'a été faite de ma grossesse que j'avais camouflée avec un grand châle, jusqu'à la conclusion. Alors que j'indique aux interviewées réunies que nous allons résumer et conclure cet entretien, une femme du groupe, Virginie, me demande si je suis enceinte. Répondant par la positive, je lui explique que l'entretien n'est pas vraiment encore terminé et je lui précise que nous pourrons parler de ma grossesse quand

l'entretien sera conclu. S'ensuit un brouhaha et des réactions des interviewées au sujet de ma grossesse : *« vous êtes enceinte ? », « de combien de mois ? », « ah, j'avais pas remarqué… » « ah, moi si ! »*. Des sourires et des félicitations de certaines femmes prolongent le brouhaha. Je ramène le calme et nous concluons l'entretien sans autre mention de ma grossesse. L'entretien terminé, Virginie, assise à côté de moi, me regarde et me dit d'une petite voix, l'air triste : *« vous voyez, la ménopause, c'est ça : vous, vous êtes enceinte et moi je ne peux plus »*. Je l'ai regardée avec un air désolé, mais n'ai rien trouvé à répondre. Avant d'analyser cet épisode, je précise que j'ai arrêté de faire des entretiens à partir de ce moment et ce, jusqu'à la fin de ma grossesse, parce que je n'aurais pu soutenir le malaise qui consistait à questionner la stérilité due à l'âge alors que j'étais moi-même enceinte.

Si nous devons « considérer comme une donnée la façon dont les personnes que nous étudions réagissent à notre présence » (Becker, 2006, p. 92), je retire deux enseignements précieux de la réaction des femmes à ma grossesse, lesquels ont une importance déterminante dans le cadre analytique que j'ai développé au sujet de l'expérience de la ménopause. Le rapport d'âge dans ma relation d'enquête a, en effet, soulevé les rapports de domination liés au statut gynécologique (fécondité de la jeune chercheuse face à la stérilité des femmes ménopausées) et mis au jour le caractère processuel de l'expérience de la ménopause. D'une part, dans l'interaction qui s'était jouée avec Virginie (son discours lors du groupe, son propos final, ses implicites et attitudes), j'ai finalement compris que ce qui était en jeu n'était ni ma grossesse dans son actualité, ni un actuel désir d'enfant chez Virginie, mais le potentiel fécond et les représentations valorisées qui lui sont associées dans notre contexte social. D'autre part, j'ai mis en évidence une différence entre la remarque attristée de Virginie et la bienveillance d'autres participantes. Deux rapports d'âge se sont finalement constitués pendant l'entretien de groupe : celui qui a nourri mon interaction avec Virginie, la plus jeune du groupe (46 ans) et celui noué avec les autres femmes du groupe, plus âgées. Avec Virginie, l'interaction a été marquée par une domination liée à mon statut de femme féconde, actualisée par ma grossesse, sous-tendue par les représentations sociales valorisées associées à la fécondité : ces représentations m'étaient associées tandis que Virginie en était exclue. Un tout autre rapport s'est noué avec les autres femmes, marqué par la bienveillance. Croisant cette donnée avec les autres entretiens que j'ai effectués, il m'est apparu que les différents rapports d'âge noués en fonction de l'âge des femmes illustrent les étapes de la trajectoire de la ménopause et la dimension normative de ce schéma de trajectoire. Il m'est donc apparu que la ménopause ne peut s'analyser comme un bloc homogène, mais comme un cheminement, un

parcours dynamique Les différents rapports d'âge qui se sont noués avec les femmes selon leur positionnement sur la trajectoire de ménopause ont participé de la production de mon cadre analytique.

La dimension heuristique des rapports d'âge et de genre s'est également fait jour en ce qu'ils ont pu activer certains stéréotypes chez moi au cours de l'enquête. Le retour sur la relation d'enquête peut ainsi prendre la forme d'un dévoilement des stéréotypes sociaux du chercheur. Je vais ainsi analyser la catégorisation à l'œuvre dans la relation d'enquête, laquelle peut être l'objet d'une négociation. Aussi, si j'ai pu ressentir une forme d'indécence à questionner une catégorie socialement dévalorisée et endosser mon statut de femme valorisée, il m'est apparu que je devais sortir de la catégorisation qui nous était imposée pour toucher à des questions telles que celle de la sexualité à la ménopause.

3.3 La relation d'enquête comme cristallisation et perturbation de la catégorisation

Au cours de mon terrain, j'ai parfois ressenti un malaise face à mes interviewées. Je prends ici ce « malaise comme objet » (Beaud et Weber, 2003, p. 270), afin d'en dégager sa dimension heuristique. À plusieurs reprises, j'ai été confrontée à ce que je ressentais comme l'indécence de ma démarche : jeune et féconde, je proposais à des femmes de me parler longuement de la ménopause, une expérience socialement construite comme déterminante tout autant que dévalorisée. Ce sentiment de malaise a parfois été nourri par les propos de mes interviewées à mon égard. Certaines ont, en effet, comparé leur corps au mien, afin de souligner ce qu'elles percevaient comme une dégradation corporelle chez elles :

> *« c'est sûr que je préfèrerais avoir la peau lisse comme vous » (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition)*
> *« quand j'étais jeune, j'étais bien, mince comme vous, et puis à la ménopause qu'est-ce que j'ai grossi ! L'horreur ! » (Rose, 58 ans, bibliothécaire).*

Cette comparaison entre elles et moi repose sur une asymétrie socialement construite, qui me plaçait dans un rapport de domination avec certaines de mes interviewées. De nombreuses femmes ont, en outre, évoqué la dimension minorante qui caractérise l'image de la ménopause dans notre contexte social :

> *« aujourd'hui je trouve qu'il y a un peu l'image de la ménopause où une femme est bonne à jeter à la casse ! » (Monique, 57 ans, vendeuse)*

« la ménopause, ça contrevient à la vision de la femme désirable, c'est la ménagère de 50 ans ! Les femmes, avant la ménopause, c'est les publicités sexy pour les soutiens-gorge Aubade et après, c'est la ménagère de 50 ans. Je trouve ça horrible ! C'est quand même très déprimant… » (Julie, 54 ans, urbaniste).

Dans ces deux types d'énoncés, mes interviewées reprenaient à leur compte ou critiquaient l'asymétrie construite entre les corps jeunes/féconds et vieux/stériles. Etait, ce faisant, en jeu un principe catégorisation qui, non seulement nous séparait, mais plus encore nous opposait. Ainsi, en interrogeant les femmes au sujet de leur expérience de la ménopause, on saisit le genre en train de se faire, c'est-à-dire que l'on se confronte à la domination qui sous-tend les rapports sociaux de sexe dans toute son actualité. Questionner la ménopause revenait donc à mettre le genre sur la table, comme je l'ai compris au fur et à mesure de l'avancée de mon enquête. En ce sens, j'ai pu parfois ressentir mon terrain comme une enquête auprès d'acteurs « affaiblis », parce que marqués du sceau du stigmate (Goffman, 1975). Sur ce point, Payet remarque que « l'enquête auprès d'individus fragilisés, vulnérables, affaiblis est, dans son mouvement premier, indécente. Au lieu de protéger, elle expose. Au lieu d'atténuer, elle accentue. Au lieu d'oublier, elle met à vif. Au lieu de banaliser, elle attire l'attention. Au lieu de singulariser, elle typifie. Et non contente d'objectiver dans des catégories, l'enquête compréhensive recherche l'épaisseur du vécu, la subjectivité authentique. Dans son principe même, elle constitue une offense à l'affirmation d'un droit à l'indifférence » (Payet, 2011). Demander à mes interviewées d'exposer et d'explorer la ménopause a pu ainsi engendrer chez moi un malaise, parce que ceci revenait à faire surgir des représentations sociales que certaines préféraient garder non-dites.

Le malaise que j'ai pu ressentir me semble également à analyser comme indice de mes propres stéréotypes. J'ai, en quelque sorte, parfois endossé mon rôle de jeune femme, membre d'une catégorie valorisée face à une catégorie dépréciée, ce qui nourrissait chez moi ce malaise teinté de culpabilité. Les traductions de mon malaise ont été diverses et je voudrais analyser ici mon usage de l'autocensure. Celle-ci a consisté à passer sous silence la question de la sexualité au cours des entretiens, parce que j'avais moi-même intégré les représentations de baisse de libido à partir de la ménopause et incorporé le tabou lié à la sexualité vieillissante. En outre, il s'agissait de questionner une sexualité stérile et socialement dépréciée (celles de mes interviewées), en regard d'une sexualité féconde et socialement, valorisée (la mienne). Au cours de mes premiers entretiens, et alors même qu'elle se trouvait dans mon guide, j'ai occulté la question de la sexualité. Plus précisément, j'ai

inconsciemment omis d'interroger les femmes sur ce sujet. C'est une interviewée qui m'a fait remarquer le fait que j'invisibilisais la dimension sexuelle de sa vie :

> *« l'aspect sexuel, tu ne l'as pas évoqué, on n'en a pas du tout parlé, mais à écouter tout ce qu'on dit, une femme ménopausée, elle n'a plus envie, elle ne fait plus l'amour, sécheresse vaginale, les trucs comme ça… D'abord, il y a des traitements pour ça, tu ne vis plus ce genre d'inconvénients aujourd'hui et puis moi, je trouve que c'est complètement le contraire, une femme ménopausée bien dans sa peau, elle est sûrement plus disponible et plus intéressée par la chose qu'une nana qui à 35 ou 40 ans qui a trois mouflets derrière elle, qui rentre du boulot le soir et qui n'a qu'une envie c'est de se coucher. C'est tellement évident ! Et ça, on n'en parle pas ! Mais qu'est-ce que t'es bien quand tu es ménopausée, sur ce plan-là, t'es tellement mieux disposée, plus en forme, et puis on se connaît bien, on sait ce dont on a envie, on a moins de réticences. On a toutes des complexes et quand tu arrives à 50, 55 ans, tu t'acceptes et du coup les choses se font dans de meilleures conditions, t'es plus disponible » (Inès, 59 ans, agent immobilier).*

Cette interviewée m'a mise en face du stéréotype que je véhiculais moi-même, celui d'une sexualité minorée à partir de la ménopause, qui engendrait chez moi un malaise que je ne trouvais pas à résoudre autrement que dans l'occultation. Au fil des entretiens, j'ai réussi à dépasser ce malaise, en opérant une sorte de transfert de catégorie. J'ai choisi de faire jouer l'âge et le genre non plus comme un opérateur de discrimination seul, lequel me plaçait dans une catégorie valorisée, mais comme la ressource qui me donnait l'accès à l'entre-soi féminin que j'ai décrit plus avant. Il me semble ainsi que la catégorisation opéré par les rapports sociaux d'âge et de sexe, à l'œuvre dans la relation d'enquête, peut être l'objet d'une négociation de la part du chercheur. C'est, en effet, en troublant le rapport de domination qui nous était enjoint que j'ai pu aborder la question de la sexualité avec mes interviewées. Certes, des gênes ont pu émerger à l'évocation de la place de la sexualité dans leur vie, leurs propos au sujet de la sécheresse vaginale ont été plus évasifs que sur les bouffées de chaleur et des silences ont pu ponctuer les récits. Toutefois, il est à remarquer que, même au sujet de la sexualité, connivence et compétences ont pu être à l'œuvre dans les entretiens, comme l'illustre les propos de Geneviève : *« dès que j'ai attrapé mes 50 ans, j'ai commencé à ressentir les effets de la ménopause, surtout le problème, c'est au niveau sexuel, c'est une cata ! Mon mari n'est pas très heureux, mais bon ! (rire) C'est là que je m'en suis aperçue, parce j'étais en train de faire une sécheresse vaginale et puis plus tellement l'envie d'avoir des rapports, c'est pas évident et c'est pour ça que j'étais allée voir le médecin…On n'a plus de désir sexuel, on a des sécheresses vaginales, mais bon, on prend de la vaseline et puis c'est tout ! On a trouvé des trucs comme ça ! (rire) »* (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite).

Parce que « la description des conditions de l'enquête s'impose d'autant plus que celle-ci a rencontré des obstacles ayant une valeur heuristique » (Blanchet et Gotman, 2007, p. 108), le retour effectué sur mon terrain d'enquête, au cœur des questions d'âge et de genre, a constitué pour moi un double apprentissage. D'une part, s'est faite jour la part liée à l'incarnation physique dans l'engagement du chercheur au sein de l'interaction avec les enquêtées. D'autre part, la dimension heuristique des tensions et des malaises engendrés par les rapports sociaux d'âge et de sexe au cours du terrain m'est apparue de manière prégnante. Aussi, prendre toute la mesure de ces rapports sociaux dans l'enquête auprès de femmes ménopausées quand on est jeune chercheuse m'a permis de mettre au jour à la fois la dimension plurielle de ces rapports sociaux et la possibilité de troubler la catégorisation dont chercheuse et interviewées sont les objets.

Chapitre III.

La construction sociale de la ménopause : une production du genre

Introduction

Ce chapitre est consacré à l'analyse de la construction de la ménopause dans notre contexte social, c'est-à-dire aux acteurs et aux mécanismes sociaux qui produisent la signification de la ménopause et les représentations qui la sous-tendent. Interroger la construction sociale de la ménopause demande de « prendre en considération le fait qu'on en parle, ceux qui en parlent, les institutions qui incitent à en parler, qui emmagasinent et diffusent ce qu'on en dit, bref le ''fait discursif'' global, la ''mise en discours'' » (Foucault, 1976, p. 20) de la ménopause. Sans prétention de réaliser un travail d'historien ni une exégèse des discours sociaux, ce travail souhaite constituer, d'une part, un enrichissement des travaux portant sur la constitution historique de la ménopause et, d'autre part, un éclairage sur la production actuelle du discours médical et de ses relais culturel à ce sujet dans le contexte français.

Le discours médical au sujet de la ménopause, en tant qu'il est producteur du corps féminin et de sa physiologie au fil des siècles nous intéressera, tout d'abord. Nous proposerons une historicisation de la question de la ménopause en revenant à la manière dont ont été construit « la cessation des menstrues », « l'âge critique » puis la ménopause dans ce discours. Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons à la mise en scène actuelle du discours médical au sujet de la ménopause dans le discours médiatique et le discours publicitaire. Cette réflexion sera enrichie par une analyse du discours psychanalytique au sujet de la ménopause.

1. Les discours médicaux au sujet de la ménopause, producteurs du corps féminin et de sa physiologie. Humeurs, ovaires et hormones, des différents paradigmes de pensée du corps féminin comme constructions situées du genre

En soi, la ménopause n'existe pas. Elle est un artefact de la médecine, constituée en concept par Charles de Gardanne, médecin français, en 1816. S'intéresser à l'invention du terme « ménopause » et à son historicité revêt un caractère important car « les mots, comme les idées et les objets qu'ils ont pour mission de signifier, ont une histoire » (Scott, 2012, p.17). Aussi, nous proposons également de revenir sur les temps où la ménopause n'existait pas et sur l'intérêt des médecins pour la « cessation des menstrues » puis l' « âge critique ». Nous allons, ainsi, mettre au jour les différents paradigmes qui ont sous-tendu la construction de la cessation du flux menstruel, de l' « âge critique » et de la ménopause dans les discours médicaux en France, et plus largement, en Europe et aux États-Unis. Nous proposons ainsi un retour sur ces différents « modèles narratifs » (Laqueur, 1992, p. 10) et sur les différents stéréotypes qu'ils véhiculent.

Au sujet de la cessation des menstrues, de l'âge critique et de la ménopause, le discours médical constitue le « discours fondateur et dominant » (Delanoë, 2001, p. 137) en Occident. Notre analyse s'intéresse aux différentes conceptions du corps et aux différents discours médicaux au sujet de la ménopause depuis l'Antiquité jusqu'à aujourd'hui. Loin de « regarder les savoirs d'alors comme des productions non scientifiques en envisageant implicitement qu'ils pourraient être réparés par la rationalité d'aujourd'hui » (Gardey et Löwy, 2000, p. 11), nous analysons tous les discours médicaux en tant que produits de culture et d'histoire. Aussi, l'absence de signifié « ménopause » avant le début du XIXe siècle n'est pas à comprendre comme un déficit, de même que son existence aujourd'hui ne correspond pas à l'étalon. Nous devons évacuer l'idée que nous serions, aujourd'hui, aiguillés par la Raison hégelienne, arrivés au stade ultime d'une rationalité achevée. Notre médecine actuelle ne développe pas le Savoir, mais produit des données historiquement et socialement situées au sujet de corps eux-mêmes fruits d'une histoire et d'une culture.

Dans notre contexte social, le discours médical fait autorité. La légitimité de ce discours se révèle puissamment ancrée dans les représentations sociales : il n'est pas entendu comme « un récit, mais comme une vérité universelle, une reproduction plutôt qu'une représentation de la nature » (Lock, 1993, p. 375, notre traduction). Pourtant, ce discours constitue le produit d'un contexte historique, social et culturel, mettant en jeu des représentations : « toute transformation dans les conceptions médicales [est] conditionnée par des transformations dans les idées de l'époque » (Canguilhem, 1966, p. 61). En tant que tel, il est possible d'en opérer une déconstruction afin de rendre compte des représentations sociales qui le sous-tendent et des effets de ses dispositifs. Aussi, il nous paraît fondamental de garder à l'esprit que, quelques soient les époques, le discours médical relève non d'une vérité, mais bien d' « un jugement axiologique » (Canguilhem, 1966, p. 144).

En outre, interrogeant la manière dont les discours médicaux ont construit la « cessation des menstrues », l' « âge critique » et la ménopause, nous nous confrontons à la production de ces discours et à leur condition de production. Si nous indiquons que les producteurs de ces discours ont longtemps été des hommes, il ne s'agit pas de dénoncer « une sorte de conspiration invisible des hommes de science » (Haraway, 2009, p. 323). Cependant, le discours médical n'en est pas moins sous-tendu par des normes, une morale et des préjugés propres à chaque époque. Il s'agit ainsi bien pour nous de comprendre « comment le développement de la connaissance scientifique a été façonné par son propre contexte social et politique » (Fox Keller, 1982, p. 593).

Nous aborderons, dans un premier temps, la « cessation des menstrues », pensée à partir de représentations liées au déséquilibre et au danger dans la théorie humorale. Elle devient un objet d'étude en soi sous le terme d' « âge critique » à partir du XVIIIe siècle. Nous appréhenderons, ensuite, l'invention de la ménopause au début du XIXe siècle comme fruit d'une nouvelle épistémè dont les enjeux seront analysés en termes de genre. Nous soulignerons l'évolution du concept de ménopause depuis le XIXe siècle. Nous montrerons, enfin, que, depuis les années 1920, le prisme hormonal construit la ménopause comme déficience principielle. Ce paradigme sous-tend largement le discours médical actuel, lequel opère comme essentialisation des expériences des femmes.

1.1 Quand la ménopause n'existait pas : de la « cessation des menstrues » à l' « âge critique »

Nous nous intéressons aux temps où la ménopause n'existait pas, c'est-à-dire avant 1821. De la « cessations des menstrues » à « l'âge critique », nous allons voir comment des paradigmes de pensée du corps construisent des catégories médicales.

1.1.1 La « cessation des menstrues » dans la conception humorale : le déséquilibre et le danger

La question de la cessation des menstruations due à l'âge n'a pas toujours été un champ fondamental de questionnements et d'analyses dans les discours médicaux. Si Aristote indique dans *De la génération des animaux* que « c'est au déclin de l'âge que cesse (…) le flux menstruel »[9], il ne s'arrête pas sur cette question. Le corps féminin a longtemps été appréhendé par sa fonction de reproduction et son signe majeur : les menstruations. Lorsque les femmes et leur corps sont objet d'interrogations, les questions liées à leur fécondité prévalent jusqu'au XVIIIe siècle. L'intérêt de la médecine se porte avant tout sur les questions de menstruations, de grossesse et d'accouchement. Ce sont elles qui sont l'objet d'interrogations, de recensions, d'études et de dissertations dans le discours médical. Aussi, ce sont les menstruations, en tant que production vitale, liée à l'acte de reproduction, et non leur cessation due à l'âge qui sont étudiées jusqu'au XVIIIe siècle. Le corps féminin est construit comme « pièce maîtresse de la reproduction humaine » (Knibiehler et Fouquet, 1983, p. 9) et les femmes sont largement réduites à leur fonction de reproduction : « la surabondance des traités médicaux sur les ''maladies des femmes'' qui parlent des étapes différentes de la vie en fonction du cycle de la fertilité nous montre à quel point les perceptions françaises du corps féminin étaient basées sur la génération » (Mac Clive *in* Mac Clive et Pellegrin, 2010, p. 285). La rareté des écrits sur la cessation des règles s'explique notamment par la teneur des premiers écrits médicaux modernes : « la médecine académique consistait encore largement en un exercice de commentaires au sujet de textes faisant autorité, et comme la ménopause n'était pratiquement pas mentionnée dans les écrits médicaux classiques, il y avait peu à commenter » (Stolberg, 1999, p. 407, notre traduction).

[9] Aristote, *De la génération des animaux*, Paris, Éditions Les Belles Lettres, 1961, p. 33

Afin de pouvoir faire émerger les représentations liées à la cessation des règles, il faut comprendre la manière dont elles étaient appréhendées, leur rôle sur la santé et la fécondité des femmes jusqu'au XVIIIe siècle.

Système explicatif du corps, de ses manifestations et de ses maux, la théorie des humeurs est diffusée par les écrits hippocratiques et domine la médecine occidentale à partir de l'Antiquité : cette série de traités « est importante non seulement par sa nouveauté, mais aussi par son caractère fondateur. (…) Elle constitue surtout le cadre de la pensée médicale occidentale jusqu'au XVIIIe siècle » (Bonnard, 2013, p. 22). Dans cette conception du corps, la cessation des menstruations est appréhendée comme phénomène digne d'intérêt et signifiant.

Le corpus hippocratique « se caractérise tout d'abord par un rejet des explications mythologiques données en général par les contemporains à leurs maux. Il décrit ensuite la maladie comme un déséquilibre entre les humeurs cardinales » (Brioist, 2002, p. 60). Dans le prisme humoral, en effet, le corps humain comporte quatre humeurs fondamentales : du sang, du phlegme, de la bile jaune et de la bile noire. Chacune de ces humeurs « est dotée de qualités élémentaires (chaud, froid, sec, humide), mises en rapport avec les premiers constitutifs de l'univers et avec les quatre saisons »[10]. La santé dépend de l'équilibre humoral : « il y a santé parfaite quand ces humeurs sont dans une juste proportion entre elles (…) ; il y a maladie quand l'une de ces humeurs, en trop petite ou en trop grande quantité, s'isole dans le corps au lieu de rester mêlée à toutes les autres »[11]. Si on explique le tempérament de l'individu par un équilibre entre les humeurs, la différenciation des sexes passe également par l'explication humorale : « les uns étant plutôt humides et froids (tempérament phlegmatique), comme les femmes, les autres plutôt chauds et secs (tempérament bilieux), comme les hommes »[12]. La cause des menstruations est ainsi donnée : de la femme, plus froide que l'homme, s'écoule régulièrement et de manière salutaire, un sang « que son corps ne saurait, faute de chaleur, transformer en poil ou en transpiration » (Mac Clive *in* Mac Clive et Pellegrin, 2010, p. 287). Si le corps de la femme est perçu comme plus humide que celui de l'homme, « cette différence d'humidité est présentée comme un excès par rapport à la norme du juste milieu, de la *mesotes*, qui est l'apanage du corps masculin.

[10] Hippocrate, *L'Art de la médecine*, Paris, Éditions Flammarion, 1999, p. 24
[11] *Ibid.,* p. 169
[12] *Ibid.,* p. 27

C'est en effet presque toujours par référence à un corps masculin normatif qu'est pensé le corps féminin » (Bonnard, 2013, p. 29). Le corps masculin constitue l'étalon.

Vers le IIe siècle après J-C., la théorie humorale connaît un affermissement avec Galien « qui systématise la grille d'analyse des médecins, en liant non seulement chaque humeur à un élément, mais aussi à un organe particulier, à un tempérament et à une qualité » (Brioist, 2002, p. 60). Avec pour standard le fonctionnement du corps masculin, on voit dans le sang menstruel l'écoulement nécessaire d'un trop-plein : « Galien, vers l'an 160, a émis l'idée de la pléthore sanguine féminine ; ainsi, en vertu de ce trop plein par rapport au corps masculin, la menstruation est une espèce de régulation périodique du sang superflu » (Le Naour et Valenti, 2001, p. 210). Une fonction de purgation est donc associée aux menstruations. L'explication donnée à la cessation des règles est, quant à elle, qu'au-delà d'un certain âge, « les femmes n'ont plus assez de force pour expulser le sang » (King *in* Mac Clive et Pellegrin, 2010, pp. 135-136).

C'est à partir du XIIIe siècle que le modèle humoral est développé explicitement à propos de la « cessation des menstrues » comme on désigne ce phénomène (Delanoë, 2001) : on en trouve mention chez Soranos d'Ephèse (IIe siècle) et chez Trotula di Ruggiero (XIe siècle), mais c'est le dominicain Albert le Grand qui « formule explicitement la représentation humorale de la ménopause, dans un passage du fameux *Secret des femmes* [lequel] fut largement recopié, et par la suite imprimé, d'abord en latin puis en langues vernaculaires. Il était encore largement lu au XIXe siècle » (Delanoë, 2001, p. 29). Albert le Grand explique ainsi : « on demande aussi d'où vient que les vieilles femmes à qui leurs règles ne fluent plus infectent les enfants. On répond que 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 » (cité par Delanoë, 2001, p. 29). Dans le prisme humoral, les conséquences de la cessation des menstruations constituent un danger. L'écoulement menstruel est, en effet, pensé comme « une soupape de sécurité permettant de se débarrasser de matériaux viciés encombrant l'organisme. Si ceux-ci étaient ramenés dans la circulation générale, ils ne manqueraient pas de causer de graves dommages et en particulier, (…) de dérégler le système nerveux et d'agir sur l'ordre psychique » (Le Naour et Valenti, 2001, p. 210). Les menstruations sont perçues comme garantes de l'équilibre du corps féminin. Leur cessation ne permettant plus la régulation effectuée par l'évacuation sanguine régulière, les femmes ne bénéficient plus de cette évacuation salutaire. Les représentations liées à la cessation des règles sont celles du déséquilibre. Les manifestations qui

accompagnent la cessation des menstruations « dépendent du tempérament et de la complexion humorale de chaque femme : chez une femme sanguine ou flegmatique, les règles prendront plus de temps pour s'arrêter et la femme elle-même aura plus de temps pour s'adapter au changement. En revanche, l'arrêt des règles chez les femmes bilieuses ou mélancoliques se fera de façon nette, provoquant des ''accidents fâcheux'' suite au dérangement » (Mac Clive *in* Mac Clive et Pellegrin, 2010, p. 296).

Au sujet de la cessation des menstruations, Hippocrate évoquait ses conséquences néfastes sur la santé des femmes par son effet sur l'utérus : « chez la femme déjà âgée, l'utérus remonte car il n'est plus alourdi par la purgation lochiale. La matrice desséchée devient plus légère et se déplace. Alors commence la course folle de l'utérus à la poursuite du fluide qui lui fait défaut. Il se jette d'abord sur le foie. (…) La matrice peut se porter à la tête qui devient pesante » (cité par Arnaud, 1995, p. 51). On retrouve cette représentation dans la médecine du Moyen-Âge avec l'image d'une matrice « fatiguée, donc desséchée, vide et légère, [qui] se déplace dans un ventre vide. Asséchée, elle est attirée par le foie, y adhère et se porte aux hypocondres. D'où les suffocations subites qui se produisent parfois, causées par l'interception de ''la voie respiratoire qui est dans le ventre''. Si la matrice y reste plaquée, la femme peut s'étouffer » (Knibiehler et Fouquet, 1983, p. 22). Les tourments du corps, la précarité et la morbidité sont au cœur des représentations : « à partir du moment où les menstruations s'arrêtent, apparaissent douleurs, abcès, troubles de la vue, vomissements, fièvre ; (…) rapidement un sentiment d'oppression au niveau de la poitrine, des évanouissements et essoufflements, des hoquets et autres fâcheux accidents surviennent, dont la femme peut parfois mourir », peut-on lire dans un traité des maladies des femmes en 1563 (cité par Stolberg, 1999, p. 406, notre traduction). La médecine du XVIe siècle recourt « au symbolisme du corps humoral dirigé par l'utérus » (Mac Clive *in* Mac Clive et Pellegrin, 2010, p. 288), perçu comme le siège de l'activité féminine et la cause de tous ses maux. Les représentations liées à la cessation des menstruations s'intègrent dans cette conception. À ce sujet, on parle « d' ''horloge'' arrêtée, d'utérus vide, sec et inutile, et de flux menstruel qui ne coule plus » (Mac Clive *in* Mac Clive et Pellegrin, 2010, p. 288). Le trouble hystérique est alors le prisme d'appréhension du corps féminin, de ses manifestations et de ses maux : en 1563, un médecin italien explique que les femmes chez qui les menstruations « s'arrêtent à cause de l'âge, sont toujours infirmes, surtout de ces parties du corps en lien avec l'utérus, comme l'estomac et la tête ; (…) agité, l'utérus monte et descend à longueur de temps et est la

source d'actions difficiles à supporter » (cité par Stolberg, 1999, p. 406, notre traduction). Les représentations associent cessation des menstrues et agitation délétère de nombreux organes.

Comme le précise Delanoë, « que ce soit dans l'Antiquité ou au Moyen-Âge, les textes médicaux discutent surtout l'âge de l'arrêt des règles et de la fertilité » (Delanoë, 2001, p. 28). Ainsi, la question de l'âge de la cessation des menstruations a été le lieu de divergences : si au Moyen-Âge, des traités gynécologiques la plaçaient à 60 ou 65 ans, au XVIe siècle, cet âge est généralement situé entre la quarantaine et la cinquantaine. Une des interrogations majeures des médecins a, en outre, longtemps porté sur la manière de discriminer la cessation des règles due à l'âge d'une grossesse ou d'une aménorrhée temporaire. Il s'agissait pour eux de ne pas confondre ces différents états et d'être à même de délivrer un diagnostic digne de foi aux femmes. Cependant, « la cessation définitive des menstruations n'était pas toujours évidente, ni pour la femme, ni pour le médecin, (…) d'autant plus que la ménopause n'arrivait pas toujours au même âge pour chaque femme et qu'une suppression prolongée des menstruations n'était pas toujours irrévocable » (Mac Clive *in* Mac Clive et Pellegrin, 2010, p. 290).

Si elle est perçue par le prisme du déséquilibre et du danger, la « cessation des menstrues » n'est, jusqu'au XVIIIe siècle, pas un objet d'étude en soi. C'est au siècle des Lumières sous le terme d'« âge critique » qu'elle devient un objet d'intérêt grandissant pour les médecins, à la faveur de facteurs d'ordres épistémologiques et sociaux.

1.1.2 Le saisissement de l' « âge critique » comme objet d'étude au XVIIIe siècle

En France, la question de la cessation des menstruations devient objet d'étude dans le discours médical au XVIIIe siècle. Ce questionnement s'inscrit dans un intérêt grandissant de la part de la médecine pour les troubles féminins : « tout au long du XVIIIe siècle, nous assistons à une production diversifiée des traités de pathologie féminine : maladies des femmes, maladies des femmes grosses et accouchées, maladies des filles, maladies des femmes à la cessation des règles » (Dorlin, *in* Vinel 2007, p.21). Plus précisément, le questionnement sur l'arrêt des menstruations s'accroît dans la deuxième moitié du XVIIIe siècle, « essentiellement dans le cadre de la réflexion sur le système moral et physique de la femme. Des auteurs comme Astruc (1765), Roussel (1775) ou Fothergill (1788) situent ce moment entre les 45 et les 50 ans, par le truchement du concept d' '' âge critique'' » (Diasio, 2007, pp. 103-104). L'arrêt des règles devient alors objet de réflexion à part entière. Décrite « comme une période particulièrement dangereuse qui, à l'instar de la puberté, bouleverse

toute l'économie de la femme » (Tillier, 2005), la cessation des menstruations suscite l'intérêt d'un nombre grandissant de médecins. La première monographie sur la question des effets négatifs de la cessation du flux menstruel date de 1710. Les termes d'« âge critique » ou de « moment orageux » (Mac Clive *in* Mac Clive et Pellegrin, 2010, p. 296), employés pour évoquer cette période, indiquent que sont associées à la cessation des règles des représentations de tourmente et de danger.

Plusieurs facteurs sont liés à l'intérêt pour l'arrêt des menstruations au XVIIIe siècle, période à laquelle on assiste « à l'émergence d'une première définition de la santé féminine » (Dorlin, 2006, p. 109). Nicoletta Diasio souligne le renouveau opéré dans les représentations par la philosophie des Lumières. Dans ce contexte, l'intérêt pour la cessation des menstruations s'inscrit dans une réflexion « sur la ''nature'' féminine, le rapport du physique et du moral, la relation entre sexualité ''naturelle'' et ''civilisée'', les modalités de contrôle et d'éducation de la femme. Il s'agit d'un questionnement en creux : qu'est-ce qui reste de la féminité une fois exclue sa fonction de reproduction ? » (Diasio, 2007, p. 102). Daniel Delanoë met en lumière le fait que la cessation des menstruations émerge comme catégorie scientifique à part entière dans le discours médical du fait de l'augmentation des métrorragies (saignements d'origine utérine) au moment de la ménopause chez les femmes de l'aristocratie et de la haute bourgeoise française, chez qui la pratique du coït interrompu est de plus en plus utilisée afin d'espacer les naissances. Or, remarque Delanoë, cette méthode favoriserait l'apparition de fibromes et de saignements pendant les années précédant la ménopause. Cette pratique étant propre à l'aristocratie et la bourgeoisie, les paysannes qui continuent à vivre des grossesses successives ne souffrent pas de ces maux, jusqu'au milieu du XIXe siècle, période à laquelle ces méthodes de réduction des naissances se diffusent au sein des classes moyennes européennes (Delanoë, 2001). Michael Stolberg explique également cet intérêt accru par « la professionnalisation de la gynécologie et de l'obstétrique, ainsi que le rôle grandissant des médecins académiques dans la prise en charge des femmes des classes aisées » (Stolberg, 1999, p. 413, notre traduction). L'essor de la prise en compte de la cessation des menstruations est ainsi lié à des facteurs d'ordre épistémologique et sociaux.

C'est en France, à partir de 1750, que sont publiés les principaux ouvrages et thèses de médecine portant sur l'âge critique. Le *Traité des femmes* d'Astruc datant de 1761-1765 constitue un des premiers écrits importants sur cette question. La médecine du XVIIIe siècle affirme que la cessation des menstruations laisse place à un déséquilibre dans le corps. Elle est pensée comme terreau d'une vulnérabilité dangereuse. L'imaginaire associé est celui du

désordre, d'un corps tourmenté, traversé par des mouvements délétères et affaiblissants. C'est par le biais du symptôme que « l'âge critique » est l'objet d'un saisissement dans le discours médical. Il est construit comme période de bouleversement propice au développement de diverses maux et maladies : Diderot explique ainsi dans *Sur les femmes* en 1772 que « c'est par le malaise que la nature les a disposées à devenir mères, c'est par une maladie longue et dangereuse qu'elle leur ôte le pouvoir de l'être ». En 1777, John Leake, spécialiste de la médecine des femmes, décrit ainsi les troubles des femmes : « à cette période critique de la vie, le sexe féminin est souvent visité par diverses maladies chroniques telles que des douleurs et vertiges, des troubles hystériques, des coliques et une faiblesse féminine… Des démangeaisons intenses à la vessie et aux parties contigües sont souvent très gênantes pour l'entourage » (cité par Lock, 1993, pp. 307-308, notre traduction). Une attention nouvelle est portée aux effets de la cessation des règles du point de vue esthétique : « tandis qu'au XVIIe siècle, les praticiens de la médecine mettent l'accent sur les difficultés à diagnostiquer la ménopause, au XVIIIe siècle, ils rajoutent des commentaires sur les effets de la vieillesse au niveau de l'apparence de la femme » (Mac Clive *in* Mac Clive et Pellegrin, 2010, p. 294). L'attention va, par exemple, aux modifications de la peau : « le médecin Claude-André Goubelly décrit longuement vers 1785 les effets de la ménopause sur la peau qui ''devient jaune ou foncée, elle est rude au toucher, elle est sèche et un peu ardente''. (…) le corps de la vieille durcit avec l'âge, ce qui lui fait perdre ''le moelleux de la carnation ; c'est de là que viennent les rides, le dessèchement'' et l'affaiblissement et la flétrissure des seins » (Mac Clive *in* Mac Clive et Pellegrin, 2010, p. 295). Les discours médicaux mettent désormais en exergue les transformations de l'apparence des femmes à la cessation des menstruations. Au début du XIXe siècle, on peut lire sous la plume du Docteur Moreau de la Sarthe qu'à la ménopause, « le tempérament change, la constitution se détériore, l'abdomen se grossit, perd son poli, les traces de la maternité forment des stigmates qui altèrent plus ou moins la peau qui les recouvre, le cou s'amaigrit, les mamelles devenues inutiles sont longues et pendantes, les altérations des formes se multiplient, les clavicules forment une saillie désagréable, la taille perd de son élégance, et les mouvements commencent à devenir plus difficiles » (cité par Tillier, 2005).

L'augmentation du nombre de publications médicales est le signe de l'intérêt porté à la question de la cessation des menstruations : les *Conseils aux femmes de quarante ans,* de Jean-Baptiste Jeannet des Longrois sont publiés en 1787. Cet ouvrage fait écho à « un article du médecin anglais John Fothergill : ''On the management proper at the cessation of the

menses'', paru en 1776 dans le périodique de la *Société médicale de Londres,* qui connaît dès sa publication un grand retentissement. Traduit en français dès 1788 sous le titre ''*Conseils aux femmes de 45 à 50 ans sur la conduite à tenir lors de la cessation des règles''*, réédité en 1799 et 1812, et constamment cité, il ouvre la voie à une série de publications destinées aux femmes, visant, par un ensemble de prescriptions hygiéniques, à les aider à traverser cette période » (Tillier, 2005). À la même époque, une partie de l'ouvrage de Chambon (publié en 1799) *Les maladies des femmes* s'intéresse aux « maladies chroniques à la cessation des règles ». Les titres des ouvrages traitant de la cessation des menstruations indiquent la pathologisation dont cette période est l'objet. C'est par ce prisme qu'elle devient sujet de thèses et d'ouvrages : *Sur les maladies auxquelles les femmes sont sujettes à la cessation des menstrues*[13] (Paris, 1810)*, Considérations sur l'âge critique des femmes et sur les moyens de prévenir les maladies qui peuvent survenir à cette période de la vie*[14] (Paris, 1820). La cessation des menstruations est abordée par le biais des maladies susceptibles d'assaillir les femmes. Elle est construite comme terreau de la pathologie : « bouffées de chaleur, vapeurs, insomnies, rêves fatiguants, difficultés respiratoires, spasmes, troubles digestifs, hémorroïdes, infections de la matrice, voire cancers, polypes, hémorragies en tout genre, angines, ophtalmies, affections cutanées et rhumatismales, maladies nerveuses…, l'éventail des maladies évoquées est infini. Leur origine est, bien entendu, souvent attribuée à l'utérus, qui selon Moreau de la Sarthe dans un ''dernier effort pour conserver son empire et sa prédominance d'action, bouleverse tout le système vivant'' » (Tillier, 2005). La cessation des règles est érigée en mère de tous les maux, construite comme processus englobant et invasif : « aucune partie du corps, aucune fonction organique n'y échappait ; à peu près tous les troubles pouvaient être imputés à la ménopause » (Stolberg, 1999, pp. 413-414, notre traduction). Au tournant du XIXe siècle, les prescriptions hygiéniques et remèdes proposés aux femmes pour surmonter cette période sont marqués par une conception hippocratique accordant une grande importance aux saisons et aux climats : « Être de nature, la femme est réputée particulièrement sensible aux effets de la chaleur ou du froid, de l'humidité et des vents. Les conseils d'hygiène contenus dans les ouvrages destinés aux femmes sont généralement énoncés dans l'ordre de la classification de Hallé et se réfèrent successivement à

[13] Thèse de Béclard publiée à Paris en 1810, citée par Rémond et Voivenel (Rémond et Voivenel, « Essai sur le rôle de la ménopause en pathologie mentale », *L'Encéphale- Revue de psychiatrie clinique, biologique et thérapeutique,* 1911, vol. 6, n° 2, p.113).

[14] Ouvrage d'Armand publié à Paris en 1820, cité par Michael Stolberg (Stolberg, 1999, p. 413, notre traduction).

l'action des ''choses environnantes'' (air, climat, …), des ''choses appliquées à la surface du corps'' (vêtements, bains, cosmétiques, …), des substances ingérées ou excrétées, de l'exercice et du repos et, enfin, à l'influence des perceptions, sensations, affections de l'âme » (Tillier, 2005).

Si la majorité des discours médicaux construisent l'arrêt des règles comme un phénomène pathologique aux conséquences morbides, le paysage discursif n'est pas univoque. D'autres voix se font entendre, dépeignant cet arrêt comme un processus naturel et bénin. Aux XVIIIe et XIXe siècles, en effet, un courant de la médecine « défendait le fait que la cessation des règles n'était pas ''dangereuse'' en soi, qu'elle ne consistait pas en un évènement ''morbide'' ni en une ''maladie''. Au contraire, c'était un phénomène ''tout à fait naturel'', (…), certainement pas ''aussi fatal pour la femme que ce que l'on suppose communément'' » (Stolberg, 1999, pp. 414-415, notre traduction). Stolberg explique ce type de discours par un changement paradigmatique dans l'appréhension des menstruations au XVIIIe et début du XIXe siècle. Ainsi, en regard du courant médical qui construit les menstruations comme un processus d'évacuation bénéfique, se développe un courant qui en fait un processus pathologique aux conséquences néfastes pour tout l'organisme. Dans le modèle de la pléthore, la cessation des menstruations est perçue comme la cause de maux durables : la cessation du flux menstruel est construite comme défaut d'une évacuation salvatrice et stagnation nocive. Dans le modèle concurrent, cette cessation est perçue comme bénéfique. Les tenants de ce modèle expliquent qu'une fois la cessation des menstruations installée, les femmes ne seraient alors « plus victimes des vicissitudes de leur système reproducteur » (*Ibid.,* p. 416-417, notre traduction). C'est la période qui précède la cessation qui est construite comme crise : un passage « particulièrement ''tumultueux'', une période ''orageuse'', un moment de ''révolution'' » (*Ibid.,* p. 418, notre traduction) selon certains médecins. Si ce moment est construit comme dangereux, c'est parce qu'il est celui du déséquilibre, entre deux états : celui des menstruations et celui de leur cessation. À ce moment de l'entredeux, l'utérus « connaît une irritation et un désordre des plus extrêmes, bien plus que tout ce qui avait été enduré au cours des années de menstruations, et avec des effets très importants sur tout le corps » (*Ibid.,* notre traduction). Ce prisme d'appréhension construit la période de l'arrêt des règles en deux temps : après une période de crise, « une phase très difficile : le climatère, au sens moderne » (*Ibid.,* p. 417, notre traduction), les femmes entreraient dans une période de stabilité. L'ordre après le désordre. Ce courant appréhende, lui aussi, les femmes et toute leur expérience par le prisme biologique des menstruations. En outre, le déséquilibre et le danger prévalent

également au sein de ce discours. Ainsi, qu'il soit construit comme circonscrit dans le temps ou non, le trouble caractérise la période de la cessation des menstruations.

La théorie humorale souligne une différence de tempérament entre femmes et hommes du fait d'humeurs différentes et « pendant tout le Moyen-Âge et une partie de l'époque moderne, la médecine considère ces corps dans un rapport de hiérarchie, le corps féminin étant perçu comme plus ou moins débile par rapport au corps masculin, en raison de son humidité, de son insuffisante chaleur (''la femme la plus chaude est plus froide que l'homme le plus froid'', dit un adage médical médiéval) et de son inquiétant utérus » (Bonnard, 2013, p. 36). Jusqu'au milieu du XVIIIe siècle, le prisme d'appréhension est, toutefois, celui d'un vieillissement commun à tous les individus : l'idée d'un climatère unisexe prévaut (Delanoë, 2001). La notion de climatère, héritée de l'antiquité, désigne un moment de crise, censé se produire selon un symbolisme pythagoricien à 49 ans (7x7) ou à 63 ans (9x7). Au climatère, femmes et hommes étaient sujets à des transformations. C'est parce que le modèle unisexe tend à perdre de sa prédominance au profit d'un modèle de deux sexes (Laqueur, 1992), que la notion de ménopause, en tant que propriété du féminin, émerge.

1.2 La « fabrique du sexe » : des conditions de création de la ménopause

En 1816, dans un ouvrage intitulé *Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique,* le médecin français Charles de Gardanne fait usage du terme *menespausis* afin d'évoquer cette période. Ce terme souligne la cessation flux menstruel : il est formé « sur le grec *mêniaia* ''menstrues'', de *mêne* '' mois'' et *pausis* ''fin, cessation''. On a formé par la suite *ménopausique* (1922) et *ménopausée* (1952) »[15]. Dans cet ouvrage, de Gardanne met en garde la lectrice contre les « nouvelles inquiétudes [qui] l'attendent à la disparition des règles : de grands dangers précèdent, accompagnent, suivent la cessation de cette fonction, et c'est peut-être ce qui a donné lieu à la dénomination d'âge critique »[16]. Dans la deuxième édition de l'ouvrage en 1821, il adopte le terme « ménopause » qu'il utilise dans le titre : *De la*

[15] Définition tirée du *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Dictionnaire Le Robert, 2000

[16] Charles-Pierre-Louis de Gardanne *Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique,* Paris, Gabon, 1816. En ligne : http://archive.org/stream/avisauxfemmesqui00gard/avisauxfemmesqui00gard_djvu.txt

ménopause ou de l'âge critique des femmes[17]. La signification du terme ménopause se constitue ainsi dans le prolongement de la notion d'âge critique, « mais se sépare du climatère commun aux deux sexes. En ce sens, la ménopause peut être comparée à l'adolescence, en tant qu'âge de la vie historiquement créé » (Delanoë, 2001, p. 137).

Nommer la ménopause possède une signification majeure. Avec l'invention de ce terme, un signifié émerge : « c'est une période de la vie qui est inventée, conçue comme une charnière de l'existence, marquée par une cohorte de maux et de conduites étranges que les médecins, de thèses en publications, n'auront de cesse de décrire, de questionner, d'analyser, de penser » (Moulinié, 2013, p.107). Un nouveau monde est ainsi inventé. Cet acte de nomination constitue une mise en ordre qui vient « définir un temps nouveau» (Diasio, 2012, pp. 3-4). La catégorie « ménopause » émerge de ce XVIIIe siècle, marqué par une nouvelle épistémè qui donne lieu à « une intensification du corps – à sa valorisation comme objet de savoir et comme élément dans les rapports de pouvoir » (Foucault, 1976, p.141). La création de la ménopause découle, plus précisément, de la « fabrique du sexe » (Laqueur, 1992) vers 1800. En effet, si la théorie humorale associe les humeurs à des sexes différents depuis l'Antiquité, la différence sexuelle telle qu'elle sera entendue à partir de la fin du XVIIIe siècle ne domine pas : avant le XIXe siècle un mode de pensée unisexe prévaut, sous-tendu par l'idée que « les frontières entre mâle et femelle sont de degré » (Laqueur, 1992, p.42). La femelle est perçue comme une version moindre du mâle, et non son opposé. Un corps unique est appréhendé : « dans le modèle unisexe, qui domina la pensée anatomique pendant deux mille ans, la femme est comprise tel un homme inversé : l'utérus était le scrotum de la femme, les ovaires ses testicules, la vulve un prépuce, et le vagin un pénis » (*Ibid.,* p. 272). Dans ce mode de pensée, en outre, domine l'idée d'« un corps dont les fluides – sang, semence, lait et excréments divers – sont fongibles en ce sens qu'ils se métamorphosent l'un en l'autre et dont les processus – digestion et génération, menstruation et autres saignements - ne sont pas aussi facilement distingués ni aussi aisément assignables à l'un ou l'autre sexe qu'ils le sont devenus après le XVIIIe siècle » (*Ibid.,* p. 35). Or, à partir de la fin du XVIIIe siècle, les médecins « n'allaient plus considérer la femme comme une version amoindrie de l'homme sur un axe vertical aux gradations infinies, mais plutôt comme une créature entièrement différente » (*Ibid.,* p. 169). Le corps et ses fluides deviennent les principes d'une distinction opérée entre deux sexes. Ainsi, « la menstruation devient progressivement au cours du XVIIIe

[17] Charles-Pierre-Louis de Gardanne, *De la ménopause ou de l'âge critique des femmes,* Paris, Méquignon-Marvis, 1821

siècle une caractéristique physiologique féminine, alors qu'elle était pensée jusqu'ici, soit comme un châtiment, soit comme une pléthore naturelle ou pathologique, au même titre que les hémorroïdes et, par conséquent, elle n'était pas véritablement considérée par les médecins comme la marque distinctive d'un sexe » (Dorlin, *in* Vinel, 2007, p.34, note 10). C'est dans ce contexte de fabrication du sexe que naît la ménopause.

Sur la question du passage du modèle unisexe au modèle des deux sexes[18], notons qu'une épistémè n'en remplace pas une autre « de manière décisive, une fois pour toute » (Laqueur, 1992, p.37). Laqueur apporte une nuance importante dans la préface à l'édition française de son ouvrage, qui permet d'éviter une appréhension manichéenne de l'histoire : « dès avant le XVIIIe siècle il se trouva des gens pour écrire comme s'il y avait bel et bien deux sexes » (*Ibid.,* p. V). La construction de la cessation des menstrues dans le discours médical au Moyen-Âge illustre, en effet, le fait qu'« il y a toujours eu deux modèles disponibles et non pas abandon de l'un au profit de l'autre » (*Ibid.,* p. VI). Pour autant, c'est bien à partir de la fin du XVIIIe siècle que la catégorisation binaire accède à une place dominante dans notre pensée, avec l'essor d' « une biologie de l'incommensurabilité » (*Ibid.,* p. 131). L'affermissement de la biologie et des sciences naturelles constitue, en effet, un changement de paradigme : « les vérités de la biologie avaient pris la place des hiérarchies divinement ordonnancées ou des coutumes immémoriales en tant que base de la création et de la répartition du pouvoir dans les rapports entre hommes et femmes » (*Ibid.,* p. 221). L'invention de la ménopause s'ancre dans l'essor de la « biologie de la différence » (*Ibid.,* p. 40) à la fin du XVIIIe siècle. Dans ce cadre, le sexe vient justifier le genre : c'est parce qu'un glissement s'est opéré dans les conceptions du corps humain, favorisant la prédominance du prisme de la biologie, faisant surgir le sexe, qu'a pu émerger le concept de ménopause. En analysant la création de la ménopause comme conséquence de la fabrique du sexe, nous touchons au fait que « c'est le point de vue qui crée l'objet » (Saussure, 1972, p. 23) : le regard, et partant, ses filtres contextuels, a créé cette biologie féminine dont la ménopause découle et qu'elle justifie. Nous comprenons, en effet, la construction de la ménopause comme un dispositif de renforcement des représentations d'une naturalité toujours trouble des femmes opposées à

[18] Soulignons que sur ce point, Stolberg critique les analyses de Laqueur dans un article de 2003, « A Woman Down to Her Bones: The Anatomy of Sexual Difference in the Sixteenth and Early Seventeenth Centuries». Pour Stolberg, les sources historiques illustrant la prévalence d'un modèle des deux sexes avant le XVIIe siècle tendent à invalider la thèse de Laqueur. La même année, Laqueur répond à Stolberg dans son article « Sex in the Flesh » en ces termes : « les faits au sujet de la différence n'entraînent ni un modèle unisexe ni un modèle de deux sexes. Les raisons de l'assomption du modèle des deux sexes sont d'ordre épistémologique : l'essor de la biologie, au détriment de la métaphysique » (Laqueur, 2003, p. 306)

celles d'une mondanité stable des hommes. La création de la ménopause vient justifier « une nouvelle intelligence du mâle et du femelle désormais envisagés comme des opposés » (Laqueur, 1992, p. 131). Avec elle se crée un concept de transformation et de déséquilibre proprement féminin qui vient justifier les rapports sociaux de sexe. Aussi, de même que « les deux sexes ne sont pas une conséquence naturelle et nécessaire de la différence corporelle » (*Ibid.,* p. 281-282), la ménopause ne constitue pas une période naturelle, propre à toutes les femmes, de cessation des règles et de la fertilité. Elle constitue bien plutôt le produit d'une épistémè marquant le XIXe siècle, s'affermissant au XXe siècle et jusqu'à nous.

Dans les ouvrages rédigés par les médecins, la ménopause est construite comme terreau de la pathologie : « les maladies qui affligent les femmes à l'âge critique sont si nombreuses »[19] explique de Gardanne qui fait découler de la ménopause fièvres, inflammations (de la peau, de l'œil, de la bouche, des amygdales), maladies des articulations, ulcères, furoncles, ophtalmies, angines, pharyngites, hémorroïdes, ulcères de l'utérus, cancer de l'utérus, tumeurs aux mamelles, polypes de la matrice et du vagin, apoplexie sanguine, vomissements de sang, douleurs de tête, hépatite, calculs bilaires, prurit des parties génitales, inflammation de la matrice, rhumatisme, épilepsie, hystérie, paralysie. D'autres médecins évoquent « un malaise général, des engourdissements dans les membres inférieurs, des douleurs dans la région lombaire, des bouffées de chaleur au visage »[20], « des congestions vers la tête, des palpitations, des crachements de sang, des hémorroïdes, différentes affections cutanées, la diarrhée »[21]. Les médecins expliquent ces pathologies du fait de deux mécanismes. D'une part, un phénomène de pléthore sanguine : « l'économie ayant été habituée à éprouver périodiquement une perte d'une quantité plus ou moins considérable de sang, continue souvent à en sentir le besoin après l'âge climatérique. Il résulte de là que le sang, n'étant plus attiré vers les organes sexuels, prend d'autres directions, et qu'il frappe en quelque sorte à toutes les portes pour trouver une issue et pour obtempérer à la loi impérieuse de la seconde nature »[22]. L'utérus serait, d'autre part, en cause. En effet, « une fois troublé,

[19] Charles-Pierre-Louis de Gardanne, *De la ménopause ou de l'âge critique des femmes,* op. cit., p. ix

[20] Charles Menville, *De l'âge critique chez les femmes, des maladies qui peuvent survenir à cette époque de la vie et des moyens de les combattre et de les prévenir*, Paris, Germer Baillière, 1840, p. 145

[21] Adam Raciborski *De la puberté et de l'âge critique chez la femme*, Paris, J-B Baillière Libraire, 1844, p. 341

[22] *Ibid.*

[l'utérus] bouleverse la machine entière, et donne naissance à un grand nombre de maladie plus affligeantes les unes que les autres »[23].

La création du concept de ménopause s'accompagne d'un nombre toujours grandissant d'ouvrages et de thèses à son endroit. Associée aux troubles et à la pathologie, la ménopause est également perçue comme venant bousculer l'économie du féminin. Le gynécologue anglais Edward Tilt publie en 1857 son ouvrage *The change of Life in Health and Disease: a practical treatise on the nervous and other affections incidental to Women in Decline of Life*, dont les quatre éditions sont le signe de la large audience qu'il reçut. La dernière a paru en 1882. Il y explique que « la difficulté principale de la ménopause est ''la perte graduelle de la grâce féminine''. À ce tournant de leur vie, les femmes commencent à avoir l'air ''masculines'', leurs os se faisant plus apparents ou se perdant dans des amas de gras, leur peau devient flasque et ''il leur faut parfois des pinces à épiler pour enlever de leur visage quelques poils épars'' » (cité par Delaney *et al.,* 1988, p. 215, notre traduction). Tilt glisse de l'apparence au caractère : « quand le changement se fait patent, (…) comme pour le corps, les facultés mentales prennent alors un caractère masculin » (cité par Lock, 1993, p. 312, notre traduction). La biologie détermine ainsi l'individu en son entier.

Évincées du champ de la féminité à la ménopause, les femmes le sont de la sexualité. Celle-ci se voit, en effet, sinon contre-indiquée, tout du moins largement questionnée. « L'amour, ce beau soleil de la vie, doit s'éteindre pour toujours dans le cœur de la femme qui n'existe que pour la reproduction » (cité par Tillier, 2005) enjoignait un médecin du XVIIIe siècle. Si la sexualité après la ménopause est à bannir, c'est parce qu'elle « conduit aux maladies » écrit Currier en 1877 (cité par Arnaud, 1995, p. 56). Dans un traité de 1849, le médecin hygiéniste Antonin Bossu estime que « la femme ménopausée, qui ne perd plus son sang, doit s'abstenir de relations sexuelles, sous peine de souffrir de ''congestion de la matrice'' » (cité par Héritier, 1996, p. 159). Dans le même sens, Raciborski recommande aux femmes à la ménopause l'abstinence la plus absolue : « les femmes qui, cédant à l'entraînement de leur imagination, continuent à se livrer à des excès vénériens nonobstant l'assoupissement complet de la faculté de la reproduction, s'exposent à contracter des maladies graves »[24]. En plus de prévenir maux et maladies, l'abstinence est justifiée « par la flétrissure des organes génitaux, leur perte de sensibilité et d'excitabilité » (Le Naour et

[23] Charles-Pierre-Louis de Gardanne, *De la ménopause ou de l'âge critique des femmes,* op. cit., p. 84
[24] Adam Raciborski *De la puberté et de l'âge critique chez la femme*, op. cit., pp. 356-357

Valenti, 2001, p. 212). N'ayant plus de raison d'être, la sexualité à partir de la ménopause est à bannir.

Les représentations que la médecine associe à la ménopause s'ancrent dans les codes sociaux de l'époque : une certaine morale sous-tend le discours médical sur la ménopause au XIXe siècle. Est ainsi posée l'équivalence entre ménopause difficile et mauvaises mœurs, entre ménopause tranquille et bonnes mœurs : des médecins expliquent que la ménopause peut se passer en douceur chez une femme qui a également été une « bonne » mère et qui ne s'adonne ni à la paresse ni à la luxure (Diasio, *in* Vinel, 2007). Pour les médecins, les maladies à la ménopause « ne frappent pas indifféremment toutes les femmes. Cet ''enfer'' n'est qu'un juste châtiment venant sanctionner celles qui ont refusé d'assumer leur féminité ou qui, par leur conduite excessive, ont enfreint les convenances. Les femmes qui ont usé convenablement de la vie, qui ont été mères, sont en effet censées éprouver moins de difficultés à traverser cet ''âge dangereux'' que celles dont la vie a été perturbée par les chagrins ou trop agitée et celles qui, refusant d'endosser les rôles sociaux féminins, sont demeurées dans le célibat » (Tillier, 2005). Le docteur Charles Menville explique ainsi : « les femmes dont l'existence a été agitée par des passions vives, par des chagrins ou par l'excès de jouissances, sont en général plus fortement et plus péniblement ébranlées à l'époque de l'âge critique que celles qui, se trouvant dans des conditions opposées, ont usé plus convenablement de la vie »[25]. Le corps social investit les mouvements du corps féminin, chargeant de sens les désordres et la rectitude : le corps n'est que le miroir de l'âme. Les femmes qui risquent de connaître des troubles à la ménopause sont celles « des villes, celles de libertinage et débauches, celles qui n'ont pas allaité ou qui ont eu des fausses couches ou des accouchements laborieux, celles qui ont eu des maladies de la matrice ou des ovaires, les célibataires, les femmes à l'imagination déréglée » (de Gardanne, cité par Diasio, *in* Vinel, 2007, p. 112). Les maux des femmes à la ménopause seraient le signe de vies dissolues, le reflet de faiblesses et de péchés. Les médecins expliquent alors que « les femmes qui ont abusé de la bonne chère et de l'alcool et qui, de ce fait ont eu des menstrues très abondantes, ''éprouvent à l'époque de leur cessation des affections singulièrement variées, ou les ressentent à un plus haut niveau d'exaspération'' » (Tillier, 2005). Le biologique est investi d'un sens moral, il est ce qui trahit la faute : les troubles liés à la cessation de la fécondité sont

[25] Charles Menville, *De l'âge critique chez les femmes, des maladies qui peuvent survenir à cette époque de la vie et des moyens de les combattre et de les prévenir*, op. cit, p. 152

le prix du péché. La ménopause se classe également aux côtés de pratiques réprouvées et de maladies honteuses dans les causes de cancers. Ainsi, nombreux sont les médecins au XIXe siècle à citer parmi les causes de ces tumeurs, « la pratique de la masturbation, une activité sexuelle excessive, un appétit sexuel immodéré, la syphilis et autres maladies vénériennes, les avortements, ainsi que les désordres de ‘‘l'âge critique’’ » (Löwy, 2013, p. 66). Marquée par la morale de l'époque, la nosologie médicale du XIXe siècle classe ainsi la ménopause du côté des pratiques réprouvées.

Si le discours médical construit la ménopause comme le temps de la pathologie, il en fait également découler des désordres mentaux. De Gardanne explique ainsi que « de toutes les maladies qui se montrent à la ménopause, aucune n'est plus fréquente que l'hystérie, aucune ne présente des symptômes aussi variés » (cité par Arnaud, 1995, p. 55). On estime qu'à cette période, la femme « devient ‘‘querelleuse avec ses enfants, son mari et tous ceux qui l'entourent’’, parfois sujette à des ‘éclats de violence’ » (Stolberg, 1999, p. 414, notre traduction). Au-delà de ses conséquences délétères sur le corps et l'esprit, la ménopause jouerait également un rôle déterminant sur la qualité des relations sociales entretenues par les femmes. Dans le même sens, le docteur Tilt fait dériver du bouleversement physique un bouleversement mental. D'un individu dont le corps change, il dessine le portrait d'un individu perdant ce qui constitue les signes de l'âge adulte : la raison et la maîtrise de soi. Il décrit la femme ménopausée comme un être retourné en enfance, devenu irresponsable et ayant perdu toute autonomie. Il soutient ainsi que la ménopause « cause des formes diverses d'irritabilité et un certaine trouble voire de la confusion, qui semblent priver les femmes de fondations mentales (…) Souvent, elles perdent confiance en elles et deviennent incapables de gérer le foyer ou tout autre domaine » (cité par Lock, 1993, p. 312, notre traduction). Le médecin Charles Reed estime que « l'état mental au moment de la ménopause est marqué par la dépression… À cette période peuvent apparaître des impulsions soudaines et irréfléchies, des perversions, un délire, une manie aigüe. Une addiction à l'alcool ou à d'autres produits apaisants pour les nerfs se développent parfois à cette époque de la vie et la demande ne paraît s'appuyer sur rien d'autre qu'une lassitude et un manque de contrôle de soi infantiles » (cité par Lock, 1993, p. 325, notre traduction). Le docteur Gallard prévient ses confrères des risques d'alcoolisme à la ménopause : « il est remarquable que, à la ménopause, il se développe trop souvent chez un certains nombre de femmes, même de celles que leur éducation, leurs habitudes antérieures et leurs positions sociales devraient préserver d'un semblable entraînement, un penchant, en quelque sorte irrésistible, pour les liqueurs fortes.

Méfiez-vous de cette fâcheuse tendance, et, sans vous compromettre par des investigations indiscrètes, sachez ne pas être trop surpris lorsque vous apprendrez que telle personne dont les troubles gastriques ou nerveux vous avaient paru difficiles à expliquer, boit en cachette, se commet avec ses domestiques pour qu'elles lui fournissent de mauvaises liqueurs frelatées, et va même jusqu'à vendre ses dentelles ou ses bijoux pour se procurer les moyens d'assouvir sa triste passion »[26].

Si le discours médical insiste sur les troubles de la ménopause, il en fait également un nouveau moment de la temporalité féminine. Avec la création de la ménopause, une opposition se dessine « entre le temps révolu des dangers, essentiellement grossesse et accouchement, et le temps du repos et de la vitalité. C'est l'émergence d'un temps pour soi » (Diasio, *in* Vinel, 2007, p. 119). De Gardanne estime ainsi qu'à partir de la ménopause, les femmes « cessent d'exister pour l'espèce, elles ne vivent plus que pour soi » (cité par Diasio, *in* Vinel, 2007, p. 124). Pour autant, cette liberté ne doit s'exercer que dans un savant contrôle de soi : « vivre pour soi demande une discipline des forces, une canalisation d'énergies » (Diasio, *in* Vinel, 2007, p. 124). La rectitude et la discipline doivent prévaloir pour les femmes à cette nouvelle période de la vie. Ainsi, de la création du concept de ménopause découle « l'invention d'un temps de la ménopause (lequel) comporte alors un contrôle du temps *dans* la ménopause : définition des activités, des rythmes de vie » (Diasio, 2012, p. 4) des femmes. Construisant le corps des femmes, le genre en construit sa temporalité et l'usage de ce temps, soumis à de nouvelles injonctions.

Le XIXe siècle marque l'essor de la psychiatrie. Comme l'indiquent les titres de nombreux travaux en psychiatrie, le lien entre ménopause et pathologie mentale se systématise : *De la folie à la ménopause* (thèse de médecine, Paris, 1884), *De la mélancolie survenant à la ménopause* (thèse de médecine, Paris, 1888), *Psychoses climatériques* (article de la *Tribune médicale*, 1893), *La folie de la période climatérique* (Journal of medical science, 1894), *La ménopause et son rôle en psychiatrie* (thèse de médecine, Toulouse, 1910)[27]. Dans *De la folie à la ménopause* (1884), Guimbail explique ainsi : « nous pouvons

[26] Cité par Dalché, *in* Dr Dalché, « Troubles gastriques de la ménopause et leur traitement », *La Tribune médicale,* 1900, p. 6
[27] Ces écrits sont cités par A. Rémond et P. Voivenel *in* Rémond et Voivenel, *op. cit.,* pp-113-126

donc affirmer avec les plus illustres parmi les aliénistes que la ménopause est une cause indubitable de folie »[28].

En 1896, « Emil Kraepelin, considéré comme le fondateur de la nosologie psychiatrique, introduisit un syndrome psychotique spécifique, la mélancolie d'involution » (Delanoë, 2001, p. 82) laquelle apparaît plus fréquente chez les femmes avec un début après cinquante ans. Dans un article de 1911, deux psychiatres, Rémond et Voivenel, analysent le rôle de la ménopause dans la pathologie mentale. Le tableau clinique indique que la ménopause est désormais appréhendée comme élément catalyseur dans la nosographie. Les psychiatres décrivent les pathologies mentales auxquelles peuvent être sujettes les femmes. Ce sont, d'une part, des bouffées délirantes, sous la forme d'une fureur sexuelle : « le délire érotique (…) peut déterminer des modifications tellement graves dans la façon de penser des individus, que l'on voit des femmes obligées de lutter contre des passions inconnues jusqu'à ce jour et se livrer à des écarts de conduite que rien dans leur passé ne laissait prévoir. On a vu dans les asiles de femmes l'érotisme se manifester avec une véritable fureur pendant la ménopause »[29]. D'autre part, ces bouffées délirantes prennent la forme de bouffées de jalousie, « résultat inévitable de la désaffection naturelle du mari ou de l'amant, [qui] provoque tantôt simplement un état d'inquiétude, tantôt une surveillance, (…), parfois même des hallucinations »[30]. Autre forme de délire atteignant les femmes à la ménopause, les « crises de mysticisme, (…) mélange de religiosité et d'érotisme (lesquelles) peuvent entraîner les auto-mutilations, le meurtre d'enfants »[31]. La dernière forme de psychose mise en lumière « représente l'accident psychopathique le plus fréquent : c'est la mélancolie (qui) semble être l'expression par excellence de l'insuffisance génitale »[32]. Le tableau clinique est le suivant : « sur un fond de douleur morale (…), ces symptômes peuvent aller jusqu'à la stupeur, entrecoupée ou non d'accès d'agitation (…). Le délire ne tarde pas, en général, à s'associer à l'angoisse et à la douleur morale ; les illusions, les interprétations délirantes et les hallucinations ayant toutes un caractère triste, viennent naturellement aggraver l'anxiété du sujet. (…) Le suicide, les automutilations, le suicide indirect sont à craindre »[33]. Les représentations qui sous-tendent l'image de cet individu traversé par une fureur sexuelle, la

[28] Henri Guimbail, *De la folie à la ménopause*, Paris, Delahaye et Lecrosnier, Libraires- Éditeurs, 1884, p. 12
[29] A. Rémond et P. Voivenel, « Essai sur le rôle de la ménopause en pathologie mentale », *op. cit.,* p. 123
[30] *Ibid.*, p. 124
[31] *Ibid.*
[32] *Ibid.*
[33] *Ibid.*, p. 125

jalousie et des crises de violence sont celles d'un individu possédé : du fait de la ménopause, la femme n'est plus elle-même, mais est construite comme le jouet de pulsions et de fantasmes.

Ce tableau nosographique se retrouve dans l'ouvrage des docteurs Gaboriau *Les trois âges de la femme. Puberté, maternité, ménopause* daté de 1923. Ils y décrivent les manifestations nerveuses de la ménopause, désormais dénommée « neurasthénie génitale de la ménopause »[34]. D'autres troubles d'ordres psychiques sont relevés, tels que des crises d'aliénation mentale, « une jalousie maladive, des accès de mélancolie, d'hypocondrie, ou encore la kleptomanie »[35]. En outre, la ménopause peut réveiller des désirs enfouis, et ce jusqu'à la pathologie : « chez certaines personnes, le sens génital qui s'était parfois atténué subit un réveil, et les désirs sexuels s'exaspèrent jusqu'à la psychose »[36]. Les Gaboriau expliquent que « l'érotisme de la ménopause »[37] peut atteindre toute femme : « des crises presque irrésistibles surprennent ces malheureuses, au milieu de leur famille, pendant les occupations habituelles (…). En général, elles sont plus fréquentes à l'époque où les règles se montraient d'habitude »[38].

Les représentations qui sous-tendent ce tableau nosographique sont celles de femmes dont l'équilibre psychologique est soumis à la présence et à l'absence du sang menstruel d'une part, et à la satisfaction sexuelle et affective d'un mari, d'autre part. Cet ouvrage détermine l'équilibre psychologique des femmes à partir des menstruations. Par ce prisme, il dépeint l'individu dépourvu de menstruations dans un état de déréliction intense, voire dangereux pour les bonnes mœurs et l'ordre public puisque les bouffées de délire érotique et de délires de jalousie « peuvent être la cause d'actes délictueux ou criminels. L'excitation des mineurs à la débauche, les attentats à la pudeur, les actes homosexuels, toutes les manifestations de l'érotisme, peuvent ici se faire jour »[39]. L'image de « la femme ménopausée », lubrique, insatiable et pervertie sous-tend largement cet énoncé. Des

[34] H. Gaboriau et A. Gaboriau, *Les trois âges de la femme. Puberté, maternité, ménopause,* Paris, Librairie Larousse, 1923, p. 187
[35] *Ibid.*, p. 188
[36] *Ibid.,* p. 184
[37] *Ibid.,* p. 187
[38] *Ibid.*, p. 188
[39] A. Rémond et P. Voivenel, « Essai sur le rôle de la ménopause en pathologie mentale », *op. cit.,* p. 126

représentations de dangerosité associées à une sexualité dégagée du cadre de la fertilité[40] sont ici en jeu.

La manière de penser la ménopause est le fruit des préoccupations d'une époque et de l'idéologie qui prévaut à un moment donné. Si les médecins s'interrogent sur les symptômes associés à la ménopause et leur sévérité, les causes déterminées varient. Ainsi, sous l'impulsion de la critique de la civilisation urbaine à la moitié du XIXe siècle, certains médecins estiment que les difficultés à la ménopause touchent moins les femmes des campagnes que celles des villes. Les premières, défendent-ils, « mangent des aliments simples, mènent une vie naturelle et diligente ; elles ne sont pas victimes de passions érotiques et de leurs inévitables frustrations, mais accomplissent leur destin naturel de mères, et, de ce fait, souffrent pas ou peu » (Stolberg, 1999, p. 418, notre traduction). Les secondes, au contraire, souffrent particulièrement à la ménopause car elles étaient exposées aux vices des villes qui créaient « toutes sortes de troubles et d'irritation » (Stolberg, 1999, p. 419, notre traduction). Sont ainsi dénoncés comme causes de troubles à la ménopause, « les exigences de la vie sociale, l'éveil prématuré du désir sexuel, la masturbation et les mœurs sexuels relâchés, la lecture de romans grossiers, l'état d'excitation contre-nature causé par les concerts et le théâtre, les danses et les jeux, ainsi que la consommation d'aliments bien trop riches et trop épicés, l'abus de café, de thé, de tabac, de vins et de spiritueux » (Stolberg, 1999, p. 419, notre traduction). Certains médecins font découler du statut social de l'individu les différents symptômes de la ménopause. Ceux-ci estimaient que « la classe oisive souffrait le plus à la ménopause. Les femmes de la classe moyenne émergeante, plus proches des hommes blancs sur l'échelle sociale, étaient, du fait de leur sensibilité et de leur raffinement, paradoxalement

[40] Notons que, comme certains de leurs contemporains, Rémond et Voivenel appréhendent la question de la ménopause et de ses conséquences pour les deux sexes. « Nous avons l'intention d'envisager ici la ménopause dans un sens extrêmement élargi, suffisamment pour nous permettre de grouper sous la même rubrique les phénomènes qui apparaissent à la fois dans l'un et l'autre sexe » expliquent-ils, avec pour références des ouvrages qui abordent la question de la ménopause masculine à la même époque: « *Folie climatérique chez l'homme* (Dublin medical journal, 1865), *Ménopause virile* (Revue de psychologie, 1899), *La ménopause chez l'homme* (Communication à l'Académie de Médecine, 1910) »[40]. Ainsi, à leur sens, la ménopause « qui se fixe aux environs de la cinquantaine, se caractérise chez la femme par la suppression plus ou moins progressive de la menstruation, (…) s'accompagne d'une façon habituelle et dans les cas les plus simples de manifestations vaso-motrices (…). Vers la même époque de la vie, se produisent chez l'homme un ensemble d'incidents, parmi lesquels les plus simples sont encore des phénomènes d'hypertension passagère (…). Si les manifestations, du côté de la vie génitale, sont moins marquées chez l'homme, on observe cependant une diminution de l'appétence sexuelle, et il semble que, chez ceux tout au moins qui entrent dans la phase délirante, la spermatogénèse se réduise quelque fois à zéro » (Rémond et Voivenel, *op. cit.,* p. 114). Toutefois ce type de démonstrations reste largement discuté : « les médecins évoquent, il est vrai, le climatère chez l'homme, mais cette analogie est plus fantasque que réelle » (Lock, 1993, p. 309, notre traduction).

plus vulnérables à la prostration nerveuse et aux troubles ménopausiques que les femmes de classes inférieures, les prostituées, les noires, toutes inférieures sur l'échelle de l'évolution » (Lock, 1993, p. 319, notre traduction). Le prisme d'appréhension de la ménopause intègre bien autre chose que la seule physiologie qui ne constitue pas une clé de voute explicative : les facteurs comportementaux et sociaux sont convoqués dans l'explication étiologique de la ménopause.

L'invention de la ménopause constitue le fruit de l'assomption du modèle des deux sexes. Nourrie par d'une biologie de la différence, la ménopause constitue une production du genre. Elle est construite comme terreau de la pathologie physique et mentale.

Si la ménopause a été constituée en concept au début du XIXe siècle, son étiologie n'est pas univoque. Différents modèles explicatifs se côtoient au XIXe siècle. Les changements de paradigmes de pensée du corps relèvent ainsi moins de ruptures que de glissements.

1.3 Côtoiement des étiologies

Différentes étiologies de la ménopause prévalent à la fin du XIXe siècle : toujours ancré dans le prisme humoral, la pensée médicale se nourrit peu à peu de la causalité ovarienne. À partir du milieu du XIXe siècle, en effet, « l'attention médicale a commencé de se déplacer de l'utérus vers les ovaires, qui ont alors été (…) pensés comme ''l'essence'' de la féminité même » (Oudshoorn *in* Gardey et Löwy, 2000, p. 36). L'ovariectomie met en évidence le rôle des ovaires dans le cycle menstruel et les traités médicaux construisent la ménopause comme le résultat de leur involution (Delanoë, 1998). Or, la médecine du XIXe siècle renvoie, dans le même temps, aux grands maîtres de l'Antiquité. Les théories d'Hippocrate sont sollicitées, de même que l'idée de la pléthore : « cette théorie de l'auto-intoxication par arrêt de la ''saignée naturelle'' est non seulement encore en vigueur à la Belle Époque mais elle est presque universellement reconnue et très peu nombreux sont les spécialistes, mêmes revenus des vieilles lunes humorales, qui doutent de son intelligence » (Le Naour et Valenti, 2001, p. 210). Au tournant du XXe siècle, les menstruations sont considérées comme une condition de bonne santé : « toute perturbation, retard ou absence, sont intolérables et contre-nature en ce qu'ils menacent et la santé et la fonction de la femme (…). La puberté, la grossesse et la ménopause sont ces trois moments dangereux où la femme est exposée à une auto-

intoxication » (*Ibid.,* p. 211). Toujours dans un prisme humoral, la médecine estime que la cessation du flux menstruel modifie « l'ensemble de la sympathie corporelle » (*Ibid.,* p. 212). On soutient qu'à cette période « la masse sanguine s'accroît sans désormais s'épurer mensuellement, elle conduit naturellement à une ''pléthore nerveuse'' qui se traduit, nous dit le docteur Savatier, ''par un ensemble de phénomènes aussi variés qu'étranges'' qui peuvent amener la malade jusqu'à la folie » (*Ibid.*). En effet, si le sang vicié des règles était ramené « dans la circulation générale, ils ne manqueraient pas de causer de graves dommages et en particulier, (…) de dérégler le système nerveux et d'agir sur l'ordre psychique » (*Ibid.,* p. 210). Or, le sang des femmes ne s'évacue plus périodiquement à partir de la ménopause. Dès lors, pour prévenir ce dérèglement, les médecins enjoignent les femmes en ménopause à une certaine hygiène de vie : ils prescrivent « des régimes stricts où sont bannies les viandes rouges au profit des viandes blanches, des légumes et des fruits » (*Ibid.*, p. 212). Ils pratiquent des soins palliant la cessation de l'écoulement mensuel du sang, telle la saignée, censée remplacer le saignement des menstruations : « les maux de têtes sévères étaient le signe qu'une femme accumulait l'excès de sang dans sa tête ; si son bras était saigné, le trop plein de sang était évacué du corps et la femme retrouvait son équilibre. Saigner était un procédé largement reconnu au XIXe siècle, (…) particulièrement utile pour la ménopause selon le docteur Tilt parce qu'il s'agissait d'une ''imitation de la nature''» (Delaney *et al*., 1988, p. 216, notre traduction).

Le prisme d'appréhension humoral et la causalité ovarienne coexistent largement au début du XXe siècle. Dans l'article « Troubles gastriques de la ménopause et leur traitement » (1900), le docteur Dalché relève ainsi deux facteurs étiologiques de la ménopause : « l'insuffisance ovarienne (…) et les poussées fluxionnaires, c'est-à-dire les manifestations congestives, (…) qui se portent sur les divers appareils à cette phase de la vie génitale de la femme »[41]. En cas de difficultés, il recommande « l'opothérapie ovarienne », traitement à partir de poudre d'ovaires. Il y associe, toutefois, des méthodes relevant du mode de pensée de la pléthore. Ainsi, en cas de crise, « des sangsues en assez grand nombre seront posées à la face interne des genoux comme le voulait Trousseau, aux cuisses, sur le bas-ventre ou l'épigastre »[42]. En outre, le régime constitue toujours une préconisation : « la ménopause est, chez certaines femmes, une période assez difficile à franchir pour mériter un régime (…), les

[41] Dr Dalché, « Troubles gastriques de la ménopause et leur traitement », *op. cit.,* p.4
[42] *Ibid.,* p.15

repas doivent être pris à heures régulières, et le repas du soir sera toujours le plus léger. Tous les excitants sont défendus, surtout les boissons alcooliques et les aliments sujets à produire avec facilité des fermentations »[43]. Ces deux étiologies se trouvent également dans l'ouvrage des docteurs Gaboriau daté de 1923, où l'évocation de « la pléthore sanguine, déterminée par la suppression du flux cataménial habituel »[44] côtoie la cessation de l'activité ovarienne, ce « suprême repos de l'ovaire »[45] dans l'étiologie de la ménopause. Le fonctionnement des ovaires à la ménopause est décrit sous le registre de la dégradation : « les follicules de Graaf dégénèrent »[46]. Les ovaires constituent le foyer de la dégénérescence qui finit par toucher d'autres parties du corps. L'utérus se dégrade : « l'utérus participe de ce processus de régression »[47]. Le sexe se racornit : « le vagin et les grandes lèvres se flétrissent »[48]. La poitrine perd sa tonicité : « les seins ne sont pas épargnés, (…) ils deviennent flasques et pendants »[49]. Les Gaboriau réalisent la description d'une involution des caractères sexuels. « Ces modifications (…) tendent à effacer la sexualité physique de la femme »[50], qui a le devoir de mettre son tempérament en accord avec cette involution, au risque, sinon « de devenir une déséquilibrée »[51]. Si elle n'est pas l'objet d'une proscription, l'activité sexuelle doit être modérée et « l'on évitera tout ce qui peut provoquer l'excitation du sens génésique »[52]. Les Gaboriau reproduisent les préjugés de l'époque quant au mouvement et à la vitesse. Ils déclarent que « l'équitation est mauvaise, la bicyclette ne peut être faite que par des personnes en ayant l'habitude, et encore avec des restrictions »[53]. À la ménopause, les femmes doivent surtout s'abstenir de s'adonner à la pratique de l'automobile, « puissant facteur des congestions et des déviations des organes féminins »[54]. Les préoccupations sociales et peurs de l'époque traversent bien ces énoncés.

Si les discours médicaux construisent largement la ménopause par le prisme du déséquilibre et de la pathologie, nous remarquons avec intérêt que les docteur Gaboriau

---

[43] *Ibid.,* p.14
[44] Dr Gaboriau, *Les trois âges de la femme. Puberté, maternité, ménopause, op. cit*., p. 185
[45] *Ibid.*
[46] *Ibid.,* p.180
[47] *Ibid.*
[48] *Ibid.,* p.181
[49] *Ibid.*
[50] *Ibid.*
[51] *Ibid.*
[52] *Ibid.*
[53] *Ibid.*
[54] *Ibid.*

concluent leur ouvrage par un « éloge de la ménopause »[55]. Une femme ménopausée conserve une forme de beauté, y expliquent-t-ils : « sa beauté se transforme, mais ne disparaît pas »[56]. Plus qu'une transformation physique, la ménopause constitue le « moment où l'intelligence de la femme atteint son apogée »[57]. En effet, la femme n'est alors plus entravée par le lien charnel et de ce fait, « peut, lorsqu'elle est douée, prendre son libre essor ; son jugement plus sûr, son observation plus exercée, sa connaissance plus approfondie des hommes et des faits, son indulgence plus grande, ses vues plus larges, lui permettent de produire des œuvres meilleures, lorsqu'elle travaille intellectuellement, ou de répandre autour d'elle une atmosphère de calme, de douceur et d'intelligente tendresse, si elle n'est qu'une femme aimante »[58]. Ils concluent que la ménopause peut consister en une période d'affermissement de son engagement dans la société : « c'est à partir de cet instant de sa vie (…) qu'elle peut travailler davantage à sa propre amélioration intellectuelle et morale et consacrer ses loisirs plus nombreux à des œuvres utiles »[59]. La ménopause apparaît, dans cet ouvrage, comme un temps nouveau pour les femmes.

Si le concept de ménopause est créé au début du XIXe siècle, il n'a alors pas la même définition qu'aujourd'hui. Le modèle médical dominant à cette époque laisse largement la place au système des humeurs. La ménopause du XIXe siècle n'est pas la ménopause des XXe et XXIe siècles. Des étiologies différentes se côtoient encore dans les années 1920. La découverte des hormones constitue un facteur déterminant de la construction de la ménopause en ce qu'en découle une définition, une rhétorique et une figure de « la femme ménopausée » renouvelées, participant toujours d'une production du genre. C'est ce que nous allons voir maintenant.

[55] *Ibid.,* p.192
[56] *Ibid.*
[57] *Ibid.*
[58] *Ibid.*
[59] *Ibid.,* p.192

1.4 Le mythe de « l'hormone de féminité » ou la ménopause comme déficience principielle à partir des années 1920

Du prisme humoral au prisme hormonal, une transformation de paradigme se fait jour dans la construction de la ménopause : si auparavant, les menstruations, puis les ovaires, sont le prisme d'appréhension de la ménopause, à partir des années 1920, elle est pensée à partir des hormones. Pour autant, si le paradigme d'appréhension diffère, nous allons voir qu'il s'ancre dans des représentations qui participent d'une production du genre. Aussi nous analysons le prisme d'appréhension hormonal de la ménopause comme « la version chimique» (Laqueur, 1992, p. 281) de la production de la ménopause par le genre, engagée depuis l'affermissement du modèle des deux sexes à la fin du XVIIIe siècle.

La construction de la ménopause à partir du début du XXe siècle se comprend à l'aune de l'histoire de l'endocrinologie (Mac Pherson, 1981 ; Mac Crea, 1983 ; Bell, 1987 ; Oudshoorn, 1984). À la suite des travaux de Brown-Séquard en 1891 et de Starling vers 1905, l'endocrinologie sexuelle se développe autour de l'hypothèse d'une radicale dichotomie des hormones sexuelles : les hormones femelles se trouveraient uniquement chez les femmes et les hormones sexuelles mâles uniquement chez les hommes. À partir de 1910, « l'idée préscientifique des gonades comme agents de la différence entre les sexes est transformée en concept d'hormones sexuelles fonctionnant comme transmetteurs chimiques de masculinité et de féminité » (Oudshoorn, 1994, p. 22, notre traduction).

La découverte du rôle des hormones dans la fécondité dans les années 1930 est à l'origine d'une nouvelle théorie : « le concept du corps construit hormonalement » (Oudshoorn *in* Gardey et Löwy, 2000, p. 36). Modifiant le prisme d'appréhension du corps féminin, cette théorie déplace le lieu de la féminité, dont l'essence est désormais située « dans des substances chimiques : les hormones sexuelles. Cette conception nouvelle du corps déterminé par le jeu des hormones s'est développée et imposée » (Oudshoorn *in* Gardey et Löwy, 2000, p. 38). La découverte des œstrogènes participe de l'essor du mythe de l'hormone féminine, construite comme sève de féminité. Petit à petit, dans les représentations médicales de la ménopause, « l'absence d'œstrogènes remplace l'absence de règles » (Löwy, 2006, p. 163). La notion de carence découle de l'appréhension hormonale de la ménopause : « la découverte des œstrogènes transforme la ménopause de crise physiologique en crise carentielle » (Vinel-Long et Diasio, *in* Andrieu et Boëtsch, 2008, pp. 208-209). Les médecins commencent ensuite

à proposer « une thérapie ‘‘glandulaire’’, destinée à pallier cette absence, d’abord avec des extraits d’ovaires, puis des hormones purifiées » (Löwy, 2006, p. 163).

L’essor du prisme hormonal au début du XXe siècle a constitué un glissement paradigmatique dans la définition de la ménopause car « en soutenant l’idée que la ménopause pouvait être traitée, la médecine du XXe siècle la définit comme maladie, au contraire de la médecine du XIXe siècle qui pensait que la ménopause était *la cause* de maladies » (Mac Pherson, 1981, p. 105, notre traduction). La construction de la ménopause à partir des années 1930 est étroitement liée à sa médicalisation et à sa pharmacologisation. Cette médicalisation découle de différents facteurs. D’une part, le développement d’un cadre théorique et méthodologique expliquant le rôle des œstrogènes dans le processus de ménopause dans les années 1930. D’autre part, la production nouvelle d’œstrogènes de synthèse en 1938, permettant de tester la théorie étiologique de la ménopause (Bell, 1987). Sur ce point, Oudshoorn a montré les tâtonnements d’Ernest Laqueur, biologiste fondateur du laboratoire pharmaceutique Organon, dans son entreprise pour trouver une raison légitime à la commercialisation du traitement œstrogénique : avant que la ménopause ne devienne un champ d’application de ce traitement, celui-ci a successivement été proposé pour soigner les problèmes d’aménorrhée, les retards de croissance des organes génitaux, l’épilepsie, l’eczéma, les rhumatismes, ou encore le diabète. L’histoire du traitement hormonal est celle d’« un médicament à la recherche d’une maladie » (Oudshoorn, 1994, p. 108, notre traduction).

Si « la transformation de la ménopause en maladie a été un processus graduel et non le produit inévitable de l’évolution naturelle de la société ou du progrès de la science » (Mac Pherson, 1981, p. 96, notre traduction), l’histoire moderne de la ménopause se comprend également à l’aune des intérêts de deux catégories d’acteurs : « la définition de la ménopause comme maladie a servi les intérêts de la profession médicale et de l’industrie pharmaceutique » (Mac Crea, 1983, p. 120, notre traduction). D’une part, cette définition renforce la légitimité des gynécologues qui « justifient leur existence en mettant en avant leurs compétences à prendre en charge la ménopause et à prescrire ces produits. Le développement de l’hormonothérapie place ainsi les femmes sous le contrôle du médecin qui devient l’expert incontournable à cette étape de leur vie » (Thoër-Fabre, 2005, p. 4). D’autre part, cette définition sert les intérêts de l’industrie pharmaceutique qui participe de la promotion de la ménopause comme maladie et qui en pourvoit le remède. Mac Crea a démontré le rôle central de l’industrie pharmaceutique derrière les travaux et les ouvrages du

gynécologue américain Robert Wilson, promoteur de l'hormonothérapie. Dans son ouvrage *Feminine Forever,* daté de 1966, dont l'écho fut remarquable aux États-Unis et en Europe[60], Wilson dépeint les affres supposées de la ménopause dans ce sens : « après la ménopause, quand l'œstrogène et la progestérone chutent à un niveau bas, les seins commencent à se flétrir et à pendre. Une fois qu'ils ne sont plus alimentés par ces deux hormones nourricières, ils deviennent ridés et flasques. Souvent, la peau des seins s'épaissit et se couvre de squames. La poitrine perd de sa sensibilité érotique (…). Seule la thérapie par l'œstrogène peut prévenir le déclin prématuré de cet éminent symbole de féminité » (cité par Delaney *et al*., 1988, p. 215, notre traduction). À la perte hormonale est associée celle de la féminité. Os apparents, chairs flasques et pendantes, poils épars, rides et squames : ces descriptions sont largement sous-tendues par l'imaginaire de la sorcière et de la perte de féminité. Les représentations qui sous-tendent ces énoncés sont celles d'individus devenus radicalement étrangers aux normes de la féminité, mais également indésirables dans l'espace social s'ils ne répondent pas de manière positive à l'injonction à une thérapie.

À partir des années 1960, « le traitement hormonal est devenu un élément central de la construction sociale de la ménopause » (Delanoë, 2001, p. 20). Le prisme hormonal fait de la ménopause l'ère de la déficience. L'imaginaire du défaut d'hormones, construites comme un puits de féminité, est traversant. En découlent des représentations de manque essentiel chez les femmes à partir de la ménopause. Dans les ouvrages médicaux à partir des années 1960, la ménopause est construite comme « un signe de défaillance étant donné que les ovaires deviennent ''passifs'' et ''régressent'' jusqu'à la sénilité » (Bulbeck, 2001, p. 8, notre traduction). L'image de la ménopause relève d'une véritable boîte de Pandore libérant ses maux : lui sont ainsi associées « rigidité du vagin, articulations douloureuses, palpitation des organes, fréquentes envies d'uriner, démangeaisons, pertes de mémoire, difficultés de concentration et sécheresse de la bouche, du nez et des yeux » (Delaney *et al*., 1988, p. 215, notre traduction).

La médicalisation et la pharmacologisation de la ménopause ont participé de la construction de la ménopause depuis les années 1930, la définissant comme déficience. Nous

[60] Au sujet du succès de l'ouvrage de Wilson, Bulbeck indique que « des extraits de *Feminine Forever* de Robert Wilson apparurent dans des magazines et, en quelques mois, 100 000 copies du livre se vendirent. En Allemagne de l'Est, des patientes demandaient à leur médecin de leur prescrire ''cette pilule qui permet aux femmes de rester jeunes'' », (Bulbeck, 2001, p.12, notre traduction)

allons voir maintenant que l'institutionnalisation de la ménopause dans les années 1970 opère comme pathologisation officielle.

À partir des années 1970, la question de la ménopause s'institutionnalise au sein du monde médical et les espaces d'énonciation à son endroit s'officialisent. Ainsi, le « First International Congress on Menopause » se tient en 1976, l'Association Française pour l'Étude de la Ménopause (AFEM) est fondée en 1979 et l'International Menopause Society (IMS) en 1994. Les revues *Maturitas* puis *Climateric* en sont les émanations. En 1977, le terme « ménopause » est indexé dans l'International Classification of Disease qui indique que « la ménopause n'est pas une condition naturelle, mais un déséquilibre endocrinien, au même titre que le diabète ou les problèmes de thyroïde » (cité par Bulbeck, 2001, p. 9, notre traduction). L'institutionnalisation de la ménopause signe sa pathologisation officielle.

Si le traitement hormonal de substitution (THS) se diffuse largement aux États-Unis dès les années 1960, les médecins français font longtemps preuve de méfiance à son égard : « largement dominé par l'élite masculine, le corps médical restait peu sensible aux bénéfices mis en avant à l'époque, soit l'amélioration de la qualité de la vie des femmes ménopausées et la préservation de la jeunesse et de la féminité » (Thoër-Fabre, 2005, p. 5). Le traitement hormonal ne se diffuse en France qu'à partir du milieu des années 1980, avec pour objet la prévention de l'ostéoporose. Dans ce contexte, la diffusion du THS est croissante et soutenue par le discours médical tout au long des années 1990. La profession médicale a alors intégré le traitement de la ménopause (Delanoë, 2001). Avec la publication des premiers résultats de l'étude américaine WHI[61] dans le *Journal of the American Medical Association* (JAMA), l'année 2002 constitue un moment de rupture concernant la question du traitement de la ménopause pour la communauté médicale. L'objet de l'étude WHI est, en effet, de démontrer que le rapport risque/bénéfice du traitement hormonal lui est défavorable, d'infirmer ses bénéfices cardiovasculaires ainsi que son effet protecteur contre la maladie d'Alzheimer. Si la communauté médicale française se montre critique à l'égard des résultats de l'étude, « la publication des résultats de cet essai, puis de ceux de l'étude britannique MWS a fait l'objet d'une large couverture médiatique en France, amenant les autorités de santé publique

[61] L'étude américaine *Women's Health Initiative* (WHI) publiée aux États-Unis en 2002 est « un essai réalisé sur 16 600 femmes âgées de 50 à 79 ans, post-ménopausées, non hystérectomisées, sans antécédents cardiovasculaires, traitées pendant 8,5 ans. La moitié d'entre elles ont reçu un THS (…) et l'autre moitié, un placebo. (…) Cette étude a été prématurément interrompue en mai 2002, le nombre de cancers du sein observé dans le groupe traité étant significativement supérieur à celui observé dans le groupe placebo et le bénéfice/risque étant jugé défavorable pour le THS » (Catherine Weil-Olivier, *Vie de femmes. 50 ans d'avancées médicales*, Paris, Editions John Libbey Eurotext, 2008, p. 84, note 11)

françaises à diffuser des recommandations de prescription du THS plus restrictives » (Thoër-Fabre, 2005, p. 31). Le discours médical actuel est profondément marqué par cette polémique (Thoër-Fabre, 2005). Nous allons maintenant nous intéresser à la construction de la ménopause par le discours médical dans notre contexte social actuel.

1.5 La construction de la ménopause dans le discours médical français au début du XXIe siècle : le genre à l'œuvre aujourd'hui

La médecine « occupe aujourd'hui une position comparable à celle des religions d'État hier, (avec) le monopole officiellement reconnu de dire ce que sont la santé et la maladie, et de soigner » (Freidson, 1984, p. 15). Dans notre contexte social, le discours médical est la source et le cadre légitimé d'énonciation de la ménopause. Source d'énonciation dominante sur la question de la ménopause, reprise par les autorités publiques en matière de santé qui participent ainsi de sa légitimation, le discours médical fournit les schèmes d'appréhension, la définition et le lexique de cette expérience. Il crée, ce faisant, une certaine réalité de la ménopause, car « le langage jouit du pouvoir de créer ce qui est "socialement réel" » (Butler 2006, p. 228). Appréhender la réalité de la ménopause aujourd'hui demande de comprendre précisément comment les discours médicaux actuels la construisent et comment cette construction est légitimée par le politique.

1.5.1 Le prisme médical, un processus de mise en ordre

La ménopause est définie par le *Dictionnaire médical* comme : « arrêt naturel des règles et période de la vie, entre 45 et 55 ans, à laquelle cet arrêt survient, qui s'accompagne de bouffées de chaleur et d'une hypœstrogénie entraînant une régression des caractères sexuels secondaires »[62]. Elle est, *a posteriori*, caractérisée par une aménorrhée d'une année. Ce faisant, la médecine met l'emphase sur la cessation des menstruations en tant que signe, faisant ainsi de la ménopause le pendant négativé de la puberté : « l'une est l'inverse de l'autre, la puberté en actualisant la capacité de reproduction et la ménopause en réduisant cette

[62] *Dictionnaire médical*, Paris, Éditions Masson, 2009

capacité à néant » (Mitchinson, 2006, p. 16, notre traduction). La construction de la ménopause dans le discours médical passe par une classification qui vise à ordonner cette période, construite comme une série de séquences distinctes. Ce processus est construit en triptyque : une préménopause (ou périménopause), la ménopause et enfin la postménopause. L'Assurance Maladie met ainsi en exergue la succession de ces trois phases: « la ménopause débute avec une période charnière : la pré-ménopause. Elle peut durer de deux à quatre ans. (…). La ménopause se définit par l'absence de règles pendant au moins 12 mois et survient vers 51 ans. Elle est due à une carence en œstrogène. (…) Après la ménopause : la postménopause. Après la confirmation du diagnostic de ménopause, des problèmes de santé peuvent apparaître (…) »[63]. Cette division est reprise par tous les ouvrages médicaux que nous avons consultés. Le prisme médical construit ainsi la ménopause en séquences discriminées en fonction de taux hormonaux et de symptômes.

1.5.2 Le symptôme, la déficience et le risque ou les trois Parques de la ménopause

Le discours médical actuel construit la ménopause, par le prisme hormonal, comme une expérience délétère. Sous-tendu par une rhétorique de l'instabilité et des représentations techniciste du corps, ce discours est celui du symptôme, de la déficience et du risque.

Tout d'abord, une toile de fond caractérisée par une rhétorique de l'instabilité marque les énoncés. Elle construit ainsi la périménopause dans le registre du désordre, voire du chaos : « une période délicate de la vie des femmes. Les règles se désorganisent »[64], « les fluctuations évoluent sur un mode totalement imprévisible et aléatoire »[65], « un déséquilibre se crée »[66], « des orages hormonaux »[67], « la périménopause est une période d'instabilité hormonale »[68]. Ensuite, des représentations technicistes et industrielles sous-tendent la rhétorique médicale qui fait du corps une machine qui produit. Le discours médical repose, en effet, sur « la métaphore d'une usine fabriquant des substances » (Martin, 1987, p. 44, notre traduction) : les hormones. Dans ce contexte, la ménopause est construite comme « un échec du contrôle

[63] Source : http://www.ameli-sante.fr/menopause/symptomes-menopause.html, consultée le 07.11.2012
[64] Source : http://www.clinique-de-vinci.com/centre_menopause.html, consultée le 03.10.2011
[65] Évelyne Drapier-Faure et Christian Jamin, *La ménopause,* Éditions Doin Groupe Liaisons, 2003, p. 11
[66] *Préménopause et Ménopause,* Mémento Santé, Santésis, 2010
[67] Diane Winaver, in Bélot-Fourcade Pascale *et al*., *La ménopause, regards croisés entre gynécologues et psychanalystes,* Paris, Éditions Erès, 2004, p. 69
[68] Clara Pélissier-Langbort, *Guide pratique de gynécologie,* Paris, Masson, 2001, p. 121

central » (*Ibid.,* p. 51, notre traduction). Construisant la ménopause comme déficience hormonale, les ouvrages médicaux utilisent la métaphore de la chute pour décrire le fonctionnement hormonal à cette période : la périménopause est décrite comme un « plongeon final »[69], caractérisée par « un effondrement du taux d'œstradiol »[70], « une accélération de la perte ovocytaire mensuelle qui précipite la fin de l'activité ovarienne dès que le nombre de follicules tombe en dessous d'un seuil critique »[71] et dont découle « l'extinction définitive de la folliculogenèse ovarienne »[72]. Les représentations associées au corps féminin sont construites à partir du postulat d'un rôle principiel des hormones. Les femmes, bien plus que les hommes, se voient définies par une essence hormonale. Cette définition se fonde sur le principe « d'attribuer aux hormones sexuelles un rôle central dans la vie des femmes et sur l'absence de rôle équivalent pour les hormones sexuelles masculines » (Löwy, 2006, p. 142). Ce discours de l'instabilité hormonale est caractérisé par une rhétorique genrée : « le corps féminin est caractérisé par le caractère cyclique de sa régulation hormonale et le corps masculin par son caractère stable. Dans ce contexte biologique, la différence entre les sexes devient conceptualisée entre termes de cyclicité et de stabilité » (Oudshoorn, 1994, p. 146, notre traduction). La construction de l'instabilité puis de la déficience hormonale à la ménopause participe de la catégorisation à l'œuvre dans le genre, plaçant le féminin du côté du trouble. Se joue ici la construction d'une mythologie de « la femme hormonale » : l'histoire d'un individu dont le substrat principiel est hormonal. Lorsque ce qui le définissait entièrement s'éteint à la ménopause, il laisse place à une entité non seulement incertaine, mais surtout, indésirable. Dans ce cadre, la ménopause est construite comme « la panne d'une machine qui devient obsolète » (Kaufert, 1982, p. 161, notre traduction).

Marqué par une rhétorique de l'instabilité et des représentations techniciste du corps, les discours médicaux pensent la ménopause par le prisme du trouble. Ainsi, dans un traité de gynécologie de 2005, on trouve le chapitre « Ménopause et ménopause précoce » sous la rubrique « Troubles de la fonction ovarienne et traitements » [73]. Un autre traité indique que «la ménopause s'accompagne généralement de troubles fonctionnels immédiats qui altèrent la qualité de vie et de répercussions urogénitales, osseuses, cardiovasculaires et neurologiques

[69] Hervé Fernandez, *Traité de gynécologie,* Paris, Éditions Flammarion, 2005, p. 220
[70] Henri de Tourris, Guillaume Magnin, Fabrice Pierre, *Gynécologie et obstétrique,* Éditions Masson, Paris, 2000., p. 181
[71] Hervé Fernandez, *Traité de gynécologie, op. cit*., p. 220
[72] Jean-Robert Giraud *et al., Gynécologie*, Paris, Masson, 2002, p. 258
[73] Hervé Fernandez, *Traité de gynécologie, op. cit*., p. 207

pouvant à moyen et long terme entraîner des complications graves et engager le pronostic vital »[74]. Les termes associés aux bouffées de chaleur (adjectif, nom, verbe) sont systématiquement péjoratifs : « la grande bouffée de chaleur vasomotrice défigurant la femme »[75], « bouffées de chaleur invalidantes »[76]. Si « bouffées de chaleur, crises de sueur nocturnes, sécheresse vaginale »[77] sont présentées comme les premiers symptômes pathologiques, la liste symptomatologique ne s'arrête pas là. Cette période est bien pensée à partir de la pathologie : des gynécologues présentent ainsi sa « conséquence principale : altération de la qualité de vie à court, moyen et long terme »[78]. La ménopause favoriserait ainsi également « l'éclosion de toute une pathologie gynécologique »[79]. La sexualité est également présentée comme touchée par ses conséquences néfastes : « la fonction sexuelle est également altérée : perte de la sensibilité mammelonnaire, aplatissement des reliefs du vagin, diminution de sa souplesse, de sa vascularisation, de sa trophicité. Comment ne pas s'inquiéter pour sa vie sexuelle ? » [80]. En se focalisant sur des symptômes, en les construisant comme prisme d'appréhension, le discours médical fait, en outre, du potentiel symptôme l'essence même de la ménopause : « l'énumération crée un surenchérissement de troubles (…) qui a pour effet de conforter l'image d'une ménopause maladie » (Vinel, 2007, p. 213). La mise en liste, l'accumulation et la focalisation sur les symptômes actualise ce qui est de l'ordre d'un potentiel et « même si aucune femme ne les expérimente tous, le message transmis dans la littérature médicale est que potentiellement, elle le peut » (Mitchinson, 2006, p. 37, notre traduction).

Les ouvrages médicaux évoquent également des « signes mentaux »[81] de la ménopause, des « troubles de l'humeur et du caractère » [82]. Sous la plume des médecins, la ménopause a des conséquences psychologiques et émotionnelles : lui sont associés « troubles du sommeil, asthénie, perte d'attention, manque de motivation, irritabilité, dépression nerveuse »[83], « une dépression, une irritabilité, une angoisse »[84], voire « une angoisse de perte d'identité »[85].

---

[74] Catherine Rongières, Israël Nisand, *Gynécologie obstétrique*, Paris, Groupe Liaisons, 2002, p. 147
[75] Henri-Jean Philippe (coord.), *Gynécologie obstétrique*, Paris, Elsevier Masson, 2006, p. 69
[76] Clara Pelissier- Langbort, *Guide pratique de gynécologie, op. cit*, p. 128
[77] Henri-Jean Philippe (coord.), *Gynécologie obstétrique*, *op. cit*., p. 67
[78] Anne-Claire Donnadieu, Céline Firtion, *Gynécologie obstétrique,* Paris, Elsevier Masson, 2006, p. 226
[79] Clara Pélissier-Langbort, *Guide pratique de gynécologie, op. cit*., p. 121
[80] Diane Winaver, *in* Pascale Bélot-Fourcade *et al*., *La ménopause, regards croisés entre gynécologues et psychanalystes, op.cit.,* p. 69
[81] Patrice Lopès, Florence Trémollières, *Guide pratique de la ménopause, op. cit*., p.27
[82] Henri-Jean Philippe (coord.), *Gynécologie obstétrique*, *op. cit*., p. 67
[83] Patrice Lopès, Florence Trémollières, *Guide pratique de la ménopause, op. cit*., p.27
[84] *L'encyclopédie médicale*, Paris, Larousse, 2007

Deux gynécologues expliquent ainsi qu'« au cours des fluctuations hormonales périménopausiques (…) on assiste à des alternances spectaculaires et inopinées de tendances dépressives et d'abattement, puis de phases d'excitation et d'irritabilité »[86]. Dans le même sens, sur le site internet Caducee.net (« au service des professionnels de santé »), il est indiqué que « la privation estrogénique est responsable d'autres manifestations de la ménopause : manifestations neuropsychiques : troubles du sommeil, fatigue, nervosité, irritabilité, perte de confiance en soi, anxiété, pertes de mémoire, difficultés de concentration »[87].

Le registre de la déficience traverse également les discours, qui construisent le processus de la ménopause non comme une simple transformation, mais une régression : « la ménopause est la conséquence de l'épuisement du stock folliculaire »[88], « les ovaires involuent progressivement »[89]. La déficience hormonale marque la rhétorique : « cette période est caractérisée biologiquement par une insuffisance hormonale »[90]. « La ménopause résulte d'une défaillance génétiquement programmée de la fonction ovarienne »[91] explique ainsi un traité de gynécologie, mettant en exergue les « défaillances endocriniennes»[92] de cette période. Le registre de l'appauvrissement et de la dégradation est traversant : « appauvrissement global du stock folliculaire »[93], « perte folliculaire »[94], « altération de la qualité ovocytaire »[95]. Il englobe le corps en sa totalité, faisant de la ménopause la cause d'une involution corporelle globale, de l'« affaiblissement musculaire »[96], à des « cheveux plus secs, plus fragiles, ongles plus cassants »[97]. À cause de la ménopause, « la peau devient rêche au toucher »[98] et « l'orifice vulvaire se rétrécit, la lumière vaginale se réduit également,

---

[85] Diane Winaver, *in* Bélot-Fourcade Pascale *et al*., *La ménopause, regards croisés entre gynécologues et psychanalystes, op. cit*., pp. 69-70
[86] Catherine Rongières, Israël Nisand, *Gynécologie obstétrique*, *op. cit*., p. 148
[87] Source : http://www.caducee.net/DossierSpecialises/gyneco-obstetrique/menopause.asp, consultée le 24.09.2012
[88] Patrice Lopès, Florence Trémollières, *Guide pratique de la ménopause,* Masson, Paris, 2004, p.7
[89] Henri de Tourris, Guillaume Magnin, Fabrice Pierre, *Gynécologie et obstétrique, op. cit*., p. 181
[90] Hervé Fernandez, *Traité de gynécologie, op. cit*., p.142
[91] *Ibid.*, p. 227
[92] *Ibid.*
[93] Évelyne Drapier-Faure et Christian Jamin, *La ménopause, op.cit,* p. 4
[94] *Ibid.*, p. 12
[95] *Ibid.*, p. 4
[96] *Préménopause et Ménopause,* Mémento Santé, Santésis, 2010
[97] *Ibid.*
[98] Patrice Lopès, Florence Trémollières, *Guide pratique de la ménopause, op. cit*., p.43

la muqueuse devenant sèche, fragile, saignant facilement au moindre contact »[99]. L'image de la sclérose parcourt ces énoncés.

Enfin, les discours sont sous-tendus par la rhétorique du risque. Ils construisent la post-ménopause comme l'ère du danger : « le risque d'ostéoporose augmente après la ménopause, le risque cardiovasculaire augmente, le risque de cancer de l'endomètre, de cancer de l'utérus et du sein augmente »[100]. Au sujet de l'ostéoporose, plus particulièrement, un ouvrage médical indique qu'à partir de la ménopause « les os deviennent plus fragiles et peuvent se casser au niveau de la hanche, des poignets et de la colonne vertébrale, un tassement général peut entraîner une diminution de taille »[101]. Cet énoncé illustre le fait que « le corps des femmes vieillissantes (…) est ainsi pris dans les rets d'une rhétorique du risque qui, somme toute, est une rhétorique de la fatalité » (Kérisit et Pennec, 2001, p. 133). Ainsi, entre désordre et maladie, les discours médicaux développent une rhétorique du risque qui associe un faisceau de signes dépréciatifs et minorants aux femmes ménopausées. En outre, « des maladies qui étaient auparavant perçues comme coïncidant avec la ménopause sont désormais devenues parties intégrantes d'un syndrome global de ménopause » (Leng, 1996, p. 37, notre traduction). De ce risque découle l'injonction à une surveillance par les praticiens : « l'installation de la ménopause doit constituer un moment privilégié pour sensibiliser la femme vis-à-vis d'un certain nombre de règles hygiénodiététiques »[102] conseille ainsi un ouvrage médical. La « surveillance d'une femme ménopausée »[103] est ainsi un thème des traités de gynécologie. Il s'agit pour les médecins de « diagnostiquer la ménopause et ses conséquences pathologiques »[104], de « planifier le suivi d'une femme ménopausée »[105].

Dans les ouvrages médicaux actuels, la ménopause est construite comme « générateur de morbidité » (Vinel, 2007, p. 208). Ce discours constitue une production du genre, en ce qu'il opère comme un processus de naturalisation et de pathologisation du féminin. Une homogénéisation des expériences des femmes à la ménopause y est opérée : la ménopause est construite comme bouleversement physique et émotionnel total et inéluctable. Il procède, ce

[99] Henri-Jean Philippe (coord.), *Gynécologie obstétrique*, *op. cit*., p. 69
[100] Source : http://www.ameli-sante.fr/menopause/symptomes-menopause.html, consultée le 07.11.2012
[101] *Préménopause et Ménopause,* Mémento Santé, Santésis, 2010
[102] Patrice Lopès, Florence Trémollières, *Guide pratique de la ménopause, op. cit*., p.63
[103] Anne-Claire Donnadieu, Céline Firtion, *Gynécologie obstétrique, op. cit*., p. 233
[104] Henri-Jean Philippe (coord.), *Gynécologie obstétrique*, *op. cit.*, p. 67
[105] *Ibid.*

faisant, d'une réduction des femmes au biologique et à l'instabilité d'un corps construit comme valétudinaire.

Ce discours constitue, en outre, un espace normatif : les représentations sur lesquelles il s'étaie définissent, en effet, la féminité à l'aune de la fécondité. Ainsi, le standard dont est fait usage dans la cadre médical au sujet de la ménopause est la physiologie des femmes en période d'activité reproductrice. Elle constitue le référent à partir duquel sont pensés le manque et la déficience à la ménopause. Lorsque l'Assurance Maladie explique ainsi que « la ménopause est confirmée par l'absence des règles depuis un an et le taux d'œstrogène et de progestérone définitivement bas » [106], cette assertion implique une comparaison de ce taux hormonal à celui d'une femme en période de fertilité : « les scientifiques et médecins (…) comparent ces mesures (endocriniennes) à celles de femmes plus jeunes et ''en meilleure santé'', et décrivent généralement un déclin ou une augmentation depuis ce qu'ils prennent pour ''normal'', c'est-à-dire le corps de femmes en âge de reproduction » (Lock, 1993, p. xxxii, notre traduction). Les femmes ménopausées ne sont donc pas pensées en tant que telles, mais en comparaison à une femme jeune et féconde. La chimie des femmes en période de fertilité est « prise pour la mesure standard de norme et de santé, et le corps vieillissant est désigné comme anormal » (*Ibid.,* p. xxxiii, notre traduction). C'est donc la jeune femme en capacité de reproduction qui est construite comme la norme. En comparaison de « la Femme prise pour norme », la femme ménopausée est construite comme altérité minorée. Sur cette question de l'altérité, Christine Détrez et Anne Simon rapportent « qu'à la suite du *Visible Human Project* (…) entreprise qui a consisté à placer sur Internet des coupes anatomiques très fines d'un corps masculin, une expérience analogue a été tentée sur un corps féminin. Parce que le corps de la femme ''découpée'' est celui d'une femme de plus de cinquante ans, des protestations se sont élevées pour que ce soit celui d'une ''vraie'' femme, c'est-à-dire d'une femme non encore ménopausée » (Détrez et Simon, 2006, p. 58). La construction du corps ménopausé à l'aune du corps fécond a deux conséquences. D'une part, les femmes se voient associées à la fertilité dans un lien de nécessité : même à la ménopause, notre espace social les y renvoie. D'autre part, il semble que se pose ici la question de la construction de la norme. La ménopause est, en effet, construite comme processus pathologique, bien que toutes les femmes connaissent une ménopause dans notre contexte social : il n'y a rien là que la norme.

[106] Source : http://www.ameli-sante.fr/menopause/symptomes-menopause.html, consultée le 07.11.2012

C'est donc bien une norme qui se voit modelée comme un processus pathologique, à l'aune de celle, idéale, du corps fécond, promu comme état sain et normal pour une femme.

Si le discours médical est le lieu de construction de la ménopause dans notre contexte actuel, nous allons maintenant nous intéresser à la dimension institutionnelle de la médicalisation de la ménopause. La définition et la prise en charge de la ménopause par le politique constituent, en effet, des légitimations puissantes du genre.

1.5.3 Surveiller et prévenir : la dimension institutionnelle de la médicalisation de la ménopause

La médicalisation constitue « le processus par lequel des questions non médicales se voient définies et traitées comme des problèmes médicaux, généralement en termes de maladies ou de troubles » (Conrad, 1992, p. 209, notre traduction). L'analyse de la médicalisation de la ménopause est bien documentée (Martin, 1987 ; Oudshoorn, 1994 ; Delanoë, 2001 ; Löwy 2006). Nous nous intéressons ici, plus particulièrement, à la dimension institutionnelle de la médicalisation de la ménopause, en ce qu'elle constitue la définition et la prise en charge de la ménopause par le politique.

Conrad met en évidence trois niveaux de la médicalisation : conceptuel, institutionnel et interactionnel. Le niveau conceptuel « concerne le fait d'utiliser un vocabulaire (ou un modèle) médical pour mettre en ordre ou définir un problème » (Conrad, 1992, p.211, notre traduction). Du point de vue conceptuel, la ménopause est l'objet d'un processus de médicalisation : le discours médical en fournit les schèmes d'appréhension. Le niveau institutionnel du processus de médicalisation nous intéresse particulièrement ici. Il implique, selon Conrad, que des organisations institutionnelles adoptent une approche médicale pour traiter un problème. Nous analysons le discours et les pratiques de l'Etat dans notre contexte social comme le niveau institutionnel de la médicalisation de la ménopause. Nous avons vu que sur le site internet de l'Assurance maladie, la ménopause est présentée dans le registre médical, comme relevant de la charge des médecins. La légitimation du discours médical est double : elle opère, d'une part, en ce qu'il fournit les schèmes d'appréhension repris par les autorités en matière de santé et d'autre part, en ce qu'il est le seul à l'être. Le discours de

l'Assurance maladie ne diffère pas d'un ouvrage de gynécologie. Trois onglets sont proposés sur le site internet à la section « Ménopause »[107]: « Comment reconnaître ? », « Quel traitement ? », « bien vivre lors de la ménopause ». Ces thématiques sont celles énoncées dans le discours médical : symptomatologie, traitement médicamenteux et injonctions en termes d'hygiène de vie. En outre, l'Assurance maladie opère comme espace d'injonction à la surveillance : « après la ménopause, faites vous suivre par votre médecin », « il est essentiel de vous faire suivre régulièrement » peut-on lire sur le site internet[108].

La ménopause est également l'objet d'une section spécifique dans « Le guide nutrition à partir de 55 ans », daté de 2006, émanant du PNNS[109] (Programme National Nutrition-Santé) et portant également les logos de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), de l'Institut de veille sanitaire, de l'AFSSA (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments), du Ministère de la Santé et des Solidarités et de l'Assurance maladie. La section évoquant la ménopause est construite à partir de la question suivante : « Faut-il manger autrement à la ménopause ? ». En préambule, il est indiqué que « les modifications hormonales de la ménopause entraînent des changements sur le plan de la santé, comme une augmentation du risque cardiovasculaire ainsi qu'une déminéralisation osseuse progressive, qui peut conduire à l'ostéoporose ». Le discours institutionnel repose sur le prisme d'appréhension médical, saisissant la ménopause à l'aune de la pathologie et du risque. Il enjoint les femmes à se faire actrices d'une prévention : « Comment prévenir la déminéralisation osseuse ? ». L'injonction à la surveillance de soi et au traitement est présente : « Il est particulièrement important de veiller à vos apports en calcium, en protéines et en vitamine D, et éventuellement de suivre un traitement médicamenteux ». Sous forme de réponse à un témoignage, le guide apporte, en outre, des conseils. Dans la section concernant la ménopause, le témoignage présenté est marqué par la négativité: « Après la ménopause, j'ai pris du poids ». Le conseil qui y répond illustre l'ancrage de la ménopause dans l'apparence indésirable : « Cela n'a rien d'anormal, la ménopause peut entraîner la prise de quelques kilos (3-5 kg). Pour éviter d'en prendre trop, et surtout de mettre en réserve de la graisse tout en perdant progressivement de la masse musculaire, il est indispensable de pratiquer au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour (vélo, gymnastique, jardinage,

[107] Source : http://www.ameli-sante.fr/menopause/menopause-definition-et-diagnostic.html, consultée le 27.10.2013
[108] Source : http://www.ameli-sante.fr/menopause/bien-vivre-avec-la-menopause.html, consultée le 27.10.2013
[109] La quatrième de couverture indique : « ce guide, élaboré dans le cadre du Programme national nutrition-santé, vous propose des repères de consommation simples, de nombreux conseils et astuces »

etc.) ». Le guide renvoie également à la lecture de deux autres sections (« Lisez aussi : Que faire contre l'ostéoporose ? » et « Lisez aussi : Que faire en cas de surpoids ? »), opérant ainsi directement un lien entre ménopause et maladie (ostéoporose) et ménopause et corps indésirable (prise de poids).

Enfin, la ménopause est désormais l'objet d'une manifestation de prévention mondiale. Créée en 2008 par l'International Menopause Society, la Journée Mondiale de la Ménopause participe de la dimension institutionnelle de la médicalisation. La manière dont est présentée cette journée ancre la ménopause dans la pathologie : « la Journée internationale de la Ménopause a pour but de sensibiliser les millions de femmes qui, partout dans le monde, arrivent chaque jour à ce stade vital de leur vie. Bon nombre d'entre elles ne comprennent pas bien ce qu'est la ménopause et quels sont ses impacts sur leur santé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, en 2030, 1,2 milliard de femmes seront âgées de 50 ans ou plus. (…) Si les femmes vivent plusieurs décennies après la ménopause, cette augmentation de l'espérance de vie s'accompagne également d'une hausse de l'incidence des maladies et des affections liées à la carence en estrogène »[110]. Les manifestations organisées sont ancrées dans le double registre du symptôme et de la prévention. Ainsi, au CHU de Nantes « le professeur Patrice Lopes, (service de gynécologie-obstétrique), président du GEMVi (groupe d'étude de la ménopause et du vieillissement hormonal) et affilié à ce titre à l'International Menopause Society (IMS), informe le public sur cette thématique : ''ménopause - comment éviter les bouffées de chaleur?''»[111]. L'Hôtel-Dieu à Paris explique qu'il « se mobilise pour la journée mondiale de la ménopause » et dans ce sens, « l'équipe de l'unité de gynécologie endocrinienne dirigée par le Pr Anne Gompel répondra à toutes les questions que se posent les femmes sur la ménopause : Comment reconnaître les symptômes ? Quels sont les traitements ?»[112]. Le discours institutionnel participe de la médicalisation de la ménopause. L'analyse de ce discours illustre le fait que « les institutions sociales ont (…) incorporées le genre dans leurs présupposés et leur organisation » (Scott, 2012, p.53).

Au sujet de la question de la médicalisation, Conrad démontre, enfin, que ce processus implique l'existence d'un niveau interactionnel, impliquant directement les médecins : « la médicalisation participe là de l'interaction médecin-patient, lorsque le praticien définit un

[110] Source : http://www.e-sante.fr/journee-mondiale-menopause/breve/1813, consultée le 20.10.2011
[111] Source : http://www.chu-nantes.fr/journee-mondiale-de-la-menopause-eviter-les-bouffees-de-chaleur-28853.kjsp, consultée le 18.10.2011
[112] Plaquette de l'Hôtel-Dieu

problème comme médical (c'est-à-dire en donnant un diagnostic médical) ou traite un problème ''social'' par un traitement médical » (Conrad, 1992, p. 211, notre traduction). Nous verrons ainsi, dans le chapitre IV, que l'interaction avec le médecin construit l'expérience des femmes à la ménopause.

La ménopause est une construction de la sphère médicale. Opérant à partir d'un discours sous-tendu par des pratiques, l'approche biomédicale constitue la matrice paradigmatique de la ménopause dans notre culture. Le discours médical actuel construit la ménopause par le prisme hormonal comme une expérience du symptôme, de la pathologie, de la déficience et du risque. Nous l'analysons comme production du genre, sous-tendue par une essentialisation du féminin, une pathologisation de la ménopause et une définition du féminin à l'aune de la fécondité.

Si le discours médical constitue la matrice discursive et conceptuelle au sujet de la ménopause dans notre contexte social, nous allons voir maintenant que cette construction se diffuse par l'entremise de relais culturels, le discours médiatique et le discours publicitaire. Ces deux relais culturels du discours médical n'en opèrent pas seulement la reprise, n'en constituent pas un miroir, mais en opèrent une mise en scène. L'analyse des discours médiatique et publicitaire permettra de mettre au jour quelques mécanismes soulevés par l'interrogation du chercheur : « comment le langage médical s'impose-t-il comme mode légitime de gestion de l'ordre social ? » (Fassin, *in* Aïach et Delanoë, 1998, p. 10).

2. Le théâtre de la ménopause : la construction de la ménopause dans les relais culturels du discours médical

Nous nous intéressons ici à la construction de la ménopause dans les relais culturels du discours médical que sont les médias et la publicité. Nous appréhendons ces deux espaces, au sein desquels s'élaborent de la culture, « non pas comme des pouvoirs, des objets ou des causes mais comme des ressources et des contextes » (Maigret, 2003, p. 61). La construction de la ménopause dans les médias et la publicité constitue un théâtre de la ménopause. S'y élabore, en effet, une dramaturgie biologique mettant en scène une figure de « femme ménopausée » et qui participe du genre.

Nous analyserons, dans un premier temps, les trois actes de la mise en scène de la ménopause au sein d'un contexte médiatique où se produit et se reproduit le genre. Nous nous intéresserons ensuite aux stéréotypes sur lesquels s'élaborent la construction de la ménopause dans les publicités actuelles vantant des produits associés à cette période. Ce parcours sera enrichi d'une analyse du discours psychanalytique actuel qui fonctionne sur les mêmes schèmes que le discours médical.

2.1 La construction de la ménopause dans le discours médiatique ou la dramaturgie biologique

L'espace médiatique est un lieu de significations culturelles. Presse, radio, télévision sont tout autant des lieux de production de sens et de valeurs, que de lecture des imaginaires, des représentations et aspirations sociales, ainsi que des normes, des interrogations, tabous et peurs de notre culture : « on peut apprendre de nos mondes sociaux en ouvrant n'importe quel journal ou magazine » (Strauss, 1978, p. 122).

Nous intéressant aux médias dans une perspective critique, nous avons à cœur de ne pas les construire comme une force obscure, tutélaire, indépendante d'un contexte et abusant le

public. En effet, « les médias puisqu'ils relient les hommes, forment des cultures et participent de cultures tout en favorisant, en sapant ou en stabilisant des pouvoirs. Ils sont dans les réseaux de pouvoir mais ne constituent pas des réseaux de pouvoir en soi, des entités démoniaques autonomes » (Maigret, 2003, p. 30). Nous appréhendons donc les médias comme les produits de notre contexte historique, social, politique et économique. Si nous n'étayons pas l'hypothèse d'une toute puissance démesurée des médias, nous n'en évacuons pourtant pas leur efficacité. Les médias ont des effets sur l'individu: « c'est sur son imaginaire que s'étend le pouvoir des médias, c'est-à-dire sur tout ce qu'il laisse venir de lui-même dans les filets du texte – ses peurs, ses rêves, ses autorités fantasmées ou manquantes » (de Certeau, 1980, p. 295). Les médias constituent des espaces non neutres, traversés par des pouvoirs et des intérêts. Ainsi, s'il constitue une mise en récit de la ménopause que nous mettrons au jour, nous interrogeons également le discours médiatique en tant qu'« il exerce un pouvoir précis » (Wittig, 2001, p. 70).

Aujourd'hui, la question de la ménopause est un objet médiatique, c'est-à-dire un objet légitimé pour être énoncé et discuté dans le cadre de l'espace de production de discours publics. Soumise aux normes de cet espace, cette énonciation se fait selon certaines modalités et suivant certains codes. Notre espace médiatique est moins le lieu d'expression d'une parole libre que l'espace de la réitération de certaines valeurs : on ne dit pas tout et ce qui est dit l'est par des individus légitimés pour le faire et d'une certaine manière. L'énonciation de la ménopause en tant que telle est déjà l'objet d'un travail de construction sociale. En outre, dans notre contexte économique, les magazines et sites internet vivent, pour une très large part, grâce aux recettes des annonceurs publicitaires. De ce fait, le discours médiatique est intimement lié à des intérêts économiques.

Parce que le discours médiatique au sujet de la ménopause s'insère dans un espace médiatique plus large, qui véhicule une biologisation du social et met en scène le féminin à partir de stéréotypes, nous en proposons maintenant une contextualisation.

2.1.1 Construction du féminin par le prisme du corps et biologisation du social : le contexte médiatique de la mise en scène de la ménopause

Dans l'espace médiatique, une sorte d'imagier de la ménopause est construit, suivant des modèles narratifs précis, reposant sur des stéréotypes rhétoriques et visuels. Avant d'analyser plus avant la construction de la ménopause dans les médias, deux remarques nous semblent importantes. La mise en scène de la ménopause s'ancre, d'une part, dans une mise en scène plus large au sein de l'espace médiatique : celle du féminin, qui s'opère largement par le prisme du corps et fonctionne à partir de stéréotypes de sexe. La ménopause constitue ainsi un épisode de la mise en scène du féminin dans l'espace médiatique, mais pas le seul : menstruations, grossesses, vie sexuelle et travail du corps (régimes alimentaires, épilation, techniques cosmétiques, activité sportive) en sont d'autres. En outre, les codes discursifs et visuels de la ménopause sont intégrés dans cet espace où prévaut une « ritualisation de la féminité » (Goffman, 1977). Magazines et sites internet délivrent un récit du féminin marqué par un répertoire dont les catégories participent du genre : tact, soumission, timidité, douceur (*Ibid.*). Aussi, nous appréhendons bien la mise en scène de la ménopause comme un épisode du récit du féminin. D'autre part, la mise en scène de la ménopause dans l'espace médiatique est à comprendre à l'aune de la biologisation qui y est opérée. Dans notre contexte social, le discours promu par l'espace médiatique est celui du biologisme, considéré dans la doxa comme « la science ». Ces productions sont à resituer dans un mouvement plus large de biologisation du social et de la pensée : les savoirs sur le vivant sont de plus en plus mobilisés dans la compréhension du monde aujourd'hui. Le discours médiatique au sujet de la ménopause s'ancre ainsi dans une dynamique culturelle de « diffusion de plus en plus large à partir des années 1970 de grilles de lecture biologiques du monde social » (Lemerle, 2014, p. 1). Un des modes d'appropriation des sciences de la vie « consiste en leur transformation en messages culturels de grande consommation » (*Ibid.,* p. 2). Or, le biologisme ne constitue pas une appréhension neutre du monde : « la biologisation des discours sur le monde social exprime sur un mode savant ou demi-savant un point de vue visant à naturaliser l'ordre social, et les divers modes de domination qui le traversent » (*Ibid.,* pp. 6-7). La construction de la ménopause dans l'espace médiatique s'intègre dans ce contexte de biologisation au sein duquel la question du corps est centrale. Ce discours sur le corps est sous-tendu par un mécanisme particulier : « la maîtrise d'un donné biologique ou psychologique, souvent rétif et

peu malléable » (*Ibid.,* p. 201) qui s'incarne dans l'attention accordée aux questions de santé. Dans ce discours, le biologique acquiert une valeur morale : « le biologisme contemporain est un discours ontologique et moral résumé par le diptyque (…) : biologisation du moralisme/moralisation du biologique. Le moralisme (médical) justifié par le biologique renforce sa légitimité intellectuelle ; l'étude du fondement biologique des choses entraîne *naturellement* vers des considérations morales nimbées d'une aura universelle » (*Ibid.,* p. 240). En ce sens, le biologisme participe du genre, naturalisant les sexes et biologisant les comportements.

La reprise d'une forme d'approche médicale constitue, en outre, une politique économique des médias : « sur des marchés aussi concurrentiels que ceux des livres pratiques et des collections de poche, un discours d'apparence scientifique apparaît aussi comme un positionnement efficace dans une perspective marketing » (*Ibid.,* p. 182). Sur ce point, notons que plusieurs ouvrages sur lesquels nous nous appuyons sont édités par les éditions Odile Jacob, « maison, où le biopsychologisme tient une part prépondérante » (*Ibid.,* p. 192) : c'est le cas des ouvrages d'Henri Rozenbaum, d'Anne de Kervasdoué, de René Frydman et Philippe Bouchard ainsi que celui de Caroline Chaine. Rédigés par des médecins, se voulant accessibles, ces ouvrages « traitent de problèmes quotidiens et prodiguent des conseils, au nom d'une certaine autorité scientifique » (*Ibid.,* p. 200). Dans cette maison d'édition, « la gestion des âges de la vie dans chacun des sexes et à chaque âge occupe une place singulière, dont témoigne la forme des titres construits sur le même modèle : *Questions de*… (homme, femme, enfant) ainsi qu'un *Guide du bien vieillir* (…) totalement congruents avec l'ethos de contrôle et de maîtrise de soi » (*Ibid.,* pp. 202-203). Ainsi, les productions du catalogue d'Odile Jacob font du corps « le terrain d'action à investir, à étudier, pour espérer réformer en profondeur, par des pratiques de chaque instant, l'existence de l'individu tout entier » (*Ibid.,* p. 203). C'est dans ce cadre que s'inscrivent certains ouvrages que nous avons analysés.

Les articles et les ouvrages destinés au grand public abordant la question de la ménopause constituent bien plus qu'un écho du discours médical. Ils mettent, en effet, en scène des stéréotypes et organisent une certaine figure de « la-femme-ménopausée » en s'appuyant sur la parole d'experts légitimés : les médecins avec « leur emploi d'une argumentation parée de tous les attributs de l'autorité scientifique » (*Ibid.,* p. 11).

Il nous semble, enfin, important de souligner le fait que les productions médiatiques ne sont pas monadiques, mais se font écho. Les discours qui y sont produit fonctionnent, en effet, comme chorus : les différentes sources s'associent et se répondent. Aussi, chaque article et

chaque ouvrage constitue une pièce d'un dispositif de signification plus large. Comme nous allons le voir maintenant, ce dispositif de signification relève d'une dramaturgie biologique.

2.1.2 Les trois actes de la mise en scène de la ménopause

Les titres des ouvrages à destination du grand public portant sur la ménopause donnent la couleur de notre paysage de la ménopause. Dans les années 1980, les titres des ouvrages signent un rejet de la ménopause : *La Ménopause effacée*[113] , *La ménopause oubliée* [114]. Deux champs lexicaux façonnent largement l'imaginaire : d'une part, celui du combat (*Vaincre sa ménopause* [115], *Non à la ménopause*[116]), d'autre part, celui de la quête de réussite (*Réussir sa cinquantaine, sa ménopause*[117], *La Ménopause réussie* [118]). Entre combat et victoire, ce champ lexical postule la possibilité de l'échec : la ménopause pourrait se rater. S'ils n'ont pas été publiés récemment, ces ouvrages se trouvent encore en bibliothèque et participent donc toujours de l'espace actuel du discours sur la ménopause. Avec l'utilisation des champs lexicaux du combat, de la réussite et de l'échec, ils inscrivent la période de la ménopause dans le registre de la lutte et mettent en scène « la-femme-ménopausée » comme un individu en proie à un affrontement.

Les titres ouvrages publiés depuis les années 2000 donnent un accent *a priori* plus positif au sujet avec l'usage de champ lexicaux liés au bonheur et à la sérénité (*La ménopause heureuse, une approche médicale et scientifique*[119], *Vivre sereinement la ménopause*[120]). Cette positivation nous semble, toutefois, factice : elle en présente les termes, mais elle est sous-tendue par des représentations de minoration et de pathologisation. Le postulat du mal-être nourrit le registre qui s'énonce dans ces ouvrages à destination du grand public et que l'on retrouve aux rayons « bien-être » des librairies. Dans un système de significations, les titres de ces ouvrages semblent se faire écho, voire se répondre : discours médical vulgarisé, médecine douce et coaching divers proposent aux femmes une morale d'action à la ménopause. Ils dessinent le portrait d'une femme en danger (*La femme en crise ou la ménopause dans tous*

---

[113] Anne Denard-Toulet, *La Ménopause effacée,* Paris, Robert Laffont, 1975
[114] Geneviève Doucet, David Elia, *La ménopause oubliée,* Paris, Livre de Poche, 1987
[115] Albert Netter, *Vaincre sa ménopause,* Paris, Éditions Albin Michel, 1981
[116] Docteur Geller, *Non à la ménopause,* Éditions Mediprint, 1982
[117] Annie Vagogne, *Réussir sa cinquantaine, sa ménopause,* M.A. Éditions, 1984
[118] Susan Flamholtz Trien et Caroline Rivolier, *La Ménopause réussie,* Éditions Dessain et Tolra, 1988
[119] Henri Rozenbaum, *La ménopause heureuse, une approche médicale et scientifique,* Paris, Odile Jacob, 2004
[120] Joëlle Proust, *Vivre sereinement la ménopause*, Paris, Livre de Poche, 2006

ses éclats[121]*)* à qui il revient d'opérer un travail de rectification (*100 recettes anti-ménopause*[122]) et d'adopter des règles de vie adéquates (*Préménopause et ménopause, principes nutritionnels, traitements et mode de vie à adopter*[123]*, Trucs de santé ménopause : bouffées de chaleur, insomnie, irritabilité, prise de poids*[124]*),* afin de négocier ce passage (*La ménopause, un nouveau départ* [125], *Après la ménopause : une nouvelle vie devant soi*[126]).

Dans l'espace médiatique, la ménopause est aujourd'hui appréhendée comme un problème de santé qui mérite solution. Elle est située du côté de la pathologie. C'est en ce sens et dans ces termes qu'elle se voit abordée sur les sites internet et dans les magazines à destination du public féminin dont le discours délivre conseils et solutions pour venir à bout de manifestations physiques construites comme handicaps.

Le corps ménopausé est construit comme lieu de la déficience, de la pathologie et du risque. Reprenant là le paradigme médical, le discours médiatique en opère une mise en scène caractérisée par une dramaturgie précise : une progression dans le récit se fait jour, fait d'épisodes de suspens et de danger, se résolvant dans une morale. À l'image d'un drame en trois actes, la ménopause constitue l'épreuve initiatique d'une figure stéréotypée : « la-femme-ménopausée ». Le discours médiatique fonctionne à partir d'une rhétorique et de figures de style spécifiques : la stéréotypisation, l'anthropomorphisme, la généralisation (avec le recours au « nous » qui opère comme proximité avec la lectrice et généralisation du discours) et l'injonction impliquante (avec l'usage du « vous »).

Le premier acte du récit de la ménopause est marqué par la mise en scène du désordre de la périménopause. L'entrée en ménopause est construite comme passage déterminant : « la préménopause est un tournant de notre vie »[127], « un véritable clignotant signalant le temps qui passe »[128], « comment passer le cap de la ménopause en douceur ? Ce passage est délicat psychologiquement mais aussi physiquement »[129]. Plus précisément, la ménopause est

---

[121] Catherine Bergeret-Amselek, *La femme en crise ou la ménopause dans tous ses éclats,* Paris, Éditions Desclée de Brouwer, 2008
[122] Marilyn Glenville, *100 recettes anti-ménopause,* Éditions Guy Saint-Jean, novembre 2002
[123] *Préménopause et Ménopause,* Mémento Santé, Santésis, 2010
[124] Sophie Lacoste, *Trucs de santé ménopause : bouffées de chaleur, insomnie, irritabilité, prise de poids,* Paris, Éditions Mosaïque-Santé, 2011
[125] Marc Zerbib, *La ménopause, un nouveau départ,* Paris, Éditions Saep, 1998
[126] André Gorins, *Après la ménopause : une nouvelle vie devant soi,* Paris, Éditions Josette Lyon, 2004
[127] *Femme majuscule,* mars-avril 2011
[128] Source : http://www.santemagazine.fr/la-menopause-une-periode-delicate-pour-les-femmes-339.html, consultée le 29.08.2012
[129] Source : http://www.europe1.fr/MediaCenter/Emissions/Le-memo/Sons/Un-cap-delicat-1078077/, consultée le 11.06.2012

présentée comme lieu de la rupture « pour certaines, c'est le passage du cap Horn»[130], « à partir de quel âge l'équilibre hormonal se rompt-il ? »[131], « la rupture biologique que constitue la fin de la production d'hormones par les ovaires peut affecter la qualité de vie »[132]. Le danger prévaut. Décrite comme une « période redoutée »[133], la périménopause est construite comme un moment entredeux, voire liminaire. Le corps apparaît comme lieu d'une désaffection : «essoufflement de la fonction ovarienne », « ovulation défectueuse »[134]. S'ensuivent l'instabilité et le désordre : « quels sont les troubles physiques les plus fréquents ? Comment limiter les troubles de cette période instable ? »[135], « le chamboulement hormonal »[136], « l'apparition de la ménopause chez la femme, grande perturbatrice des flux hormonaux »[137], « rébellion hormonale »[138], « anarchie hormonale »[139], « cette périménopause se traduit par un bazar dans les règles »[140], « les turbulences »[141], « émotions incontrôlables »[142]. Cette période est dépeinte comme un moment catastrophique : « entre les premiers signes d'essoufflement de la fonction ovarienne et l'établissement d'une carence hormonale définitive (ménopause) s'intercale une période dite ''charnière'', probablement la plus mal vécue par les femmes »[143] . La cacophonie définit ainsi le premier acte de la ménopause : « l'orage de la ménopause »[144] « (pendant la périménopause) les ovaires vont fonctionner de manière de plus en plus chaotique »[145], « la périménopause est une période très désordonnée, anarchique, agitée »[146], « crises de sudation »[147]. Cette période est, en outre, marquée par le déséquilibre : « une irritabilité associée à des troubles du sommeil, une fatigue

---

[130] *Top Santé,* mars 2014
[131] *Top Santé,* Hors-série « 200 questions-réponses sans tabou sur la ménopause », avril 2011
[132] *Notre Temps,* septembre 2011
[133] Source : http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-du-yoga-pour-bien-vivre-la-menopause-5431.asp?1=1, consultée le 30.10.2013
[134] René Frydman, Philippe Bouchard, *La chimie féminine,*. Éditions Odile Jacob, Paris, 2006, p. 154
[135] *Top Santé,* Hors-série « 200 questions-réponses sans tabou sur la ménopause », avril 2011
[136] Source : http://www.vivolta.com/menopause/perimenopause-menopause-premenopause-bouffees-chaleur-20091006447879.html, consultée le 01.03.2013
[137] Source : http://www.sur-la-toile.com/article-15575-Une-menopause-precoce-en-lien-avec-la-polyarthrite-rhumatoide-moderee..html, consultée le 27.05.2011
[138] Source : http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/menopause/menopause.htm, consultée le 10.03.2011
[139] *Top Santé*, mars 2014
[140] Source : http://www.e-sante.fr/menopause-qu-est-ce-que-je-mange/actualite/1696, consultée le 29.08.2012
[141] Guillaume Gérault, *Mieux vivre la ménopause, le petit livre des huiles essentielles*, Paris, Éditions Albin Michel, 2010, p. 50
[142] *Ibid.,* p. 63
[143] Dr Anne de Kervasdoué, *Questions de femmes, op. cit.,* p. 395
[144] *Ibid.,* p. 426
[145] *Ibid.*
[146] Source : http://femmes-pourtoujours.com/dr-david-elia-les-troubles-de-la-peri-menopause/, consultée le 10.03.2011
[147] Dr Anne de Kervasdoué, *Questions de femmes, op. cit.,* p. 436

qui s'installe, la baisse des œstrogènes et la diminution de libido... c'est l'arrivée de la ménopause »[148], « l'irrégularité des cycles menstruels, due au déséquilibre œstrogènes/progestérone. Le taux de progestérone flanche et les œstrogènes sont en excès »[149]. Le corps est alors le lieu d'une dégénérescence : « les cellules folliculaires ont dégénéré »[150], « à la ménopause, le sein est ''déshabité'' de ses éléments glandulaires »[151], « atrophie des tissus génitaux »[152], « atrophie des muscles du périnée »[153], « dégradation du cartilage »[154], « altération des vaisseaux »[155]. La perturbation et le désordre caractérisent également les derniers cycles menstruels : « troubles des règles »[156], « l'irrégularité des règles, un fait marquant »[157], « le cycle naturel d'une femme commence à cafouiller de façon répétée»[158], « alors que nos règles avaient la fiabilité d'un métronome, voici que des saignements débarquent sans crier gare et qu'on ne peut plus rien prévoir »[159]. Ces représentations nourrissent l'image d'un corps obscur : celui passant de la fertilité à la stérilité. Le corps à l'approche de la ménopause est, en effet, pensé comme un corps de l'entre-deux : il n'est plus tout à fait celui du temps fécond ni encore celui du temps stérile, mais constitue un espace de transition. Il est construit par le prisme de la liminalité : « les hormones féminines commencent parfois à jouer au Yo-yo (…). D'étranges phénomènes se produisent alors… »[160]. Le stéréotype sur lequel s'ébauchent ces énoncés est celui d'une « femme en désordre » (Vinel, *in* Guerci et Consigliere, 2002, p. 329) lors de la périménopause.

Les protagonistes centraux du premier acte de la ménopause sont les hormones. « La vie de la femme est rythmée par les hormones »[161] explique, ainsi, le docteur Chaine. Dans ce

---

[148] Source : http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-femmes-passer-le-cap-de-la-cinquantaine-9905.asp?1=1, consultée le 30.10.2013
[149] Source : http://www.elle.fr/Societe/Les-enquetes/La-premenopause-en-pente-douce-1822604., consultée le 07.05.2012
[150] [150] Dr Saldmann Frédéric, *La vie et le temps. Les nouveaux boucliers anti-âge*, 2011, Éditions Flammarion, p. 257
[151] Dr Anne de Kervasdoué, *Questions de femmes, op. cit.,* p. 43
[152] *Ibid.,* p. 436
[153] Dr Frédéric Saldmann, *La vie et le temps. Les nouveaux boucliers anti-âge*, *op. cit.,* p. 259
[154] *Préménopause et Ménopause,* Mémento Santé, Santésis, 2010
[155] Dr Anne de Kervasdoué, *Questions de femmes, op. cit.,* p. 436
[156] René Frydman, Philippe Bouchard, *La chimie féminine, op. cit.,* p. 154
[157] *Santé magazine,* mars 2014
[158] *Santé magazine,* mars 2014
[159] *Top Santé,* mars 2014
[160] *Top Santé,* mars 2014
[161] Dr Caroline Chaine, *Le petit livre de la ménopause,* Éditions Odile Jacob, 2004, p. 20

cadre, la ménopause est construite comme tarissement du « robinet à hormones »[162]. Elle entraîne « ce grand n'importe quoi »[163], une « véritable anarchie hormonale »[164] : « le terrain hormonal devient cahoteux, irrégulier, fait de hauts et de bas (la valse hormonale de la périménopause)[165] . Si le discours médical construit une mythologie de la femme hormonale, le discours médiatique en opère sa dramatisation : il met en scène l'histoire d'un individu défini par un substrat hormonal, sorte de sève de féminité, qui fait face à la perte de son flux principiel. L'identité féminine est, en effet, construite comme hormonale : sur la quatrième de couverture de l'ouvrage *La chimie féminine*[166], on peut ainsi lire : « contraception, traitement de la stérilité, traitement de la ménopause : la vie des femmes va être rythmée par les hormones ». Dans ce cadre, les auteurs invitent les femmes à connaître « leur parcours hormonal »[167]. Ce discours rappelle que « le corps féminin, au contraire du corps masculin, s'est vu de plus en plus décrit comme un corps entièrement contrôlé par les hormones » (Oudshoorn, 1994, pp. 8-9, notre traduction). Christine Détrez et Anne Simon ont ainsi analysé de manière précise l'attribution privilégiée aux femmes des mécanismes hormonaux dans les livres consacrés au corps destinés aux enfants[168]. Dans ce contexte, « la ménopause représente en quelque sorte l'apogée de ''l'hormonalisation'' du féminin » (Vinel, 2007, p. 216)

Dans le discours médiatique, la ménopause signe l'arrêt de la production hormonale construite comme principe essentiel du féminin : « du début de l'adolescence à la ménopause, la vie des femmes est donc sous l'influence des hormones sexuelles dont la ménopause marque l'arrêt »[169]. Les femmes apparaissent ainsi « dans leur comportement physique, psychologiques et social ''hormono-dépendantes'' » (Vinel *in* Guerci et Consigliere, 2002, p. 330). À la ménopause, on leur propose donc de « remplacer les hormones »[170] manquantes. Or, nous avons vu que « la réalité du corps hormonal est créée scientifiquement et non naturellement » (Oudshoorn, 1994, p. 10, notre traduction). Ainsi, ce discours participe pleinement du processus par lequel « le genre devient chimique » (Fausto-Sterling, 2012,

---

[162] *Top Santé,* mars 2014
[163] *Top Santé,* mars 2014
[164] Dr Anne de Kervasdoué, *Questions de femmes, op. cit.,* p. 426
[165] Source :http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=menopause_pm., consultée le 07.05.2012
[166] René Frydman, Philippe Bouchard, *La chimie féminine, op. cit.,* 2006
[167] *Ibid.,* p. 11
[168] Sur ce point, voir Détrez et Simon, 2006, pp. 204-205
[169] Source : http://pourquoi-docteur.nouvelobs.com/Quand-les-hormones-flechissent-2283.html, consultée le 29.03.2013
[170] René Frydman, Philippe Bouchard, *La chimie féminine, op. cit,* p. 153

p. 195). Définie comme perte hormonale, la ménopause est pensée comme un manque essentiel, une incomplétude. La perte de féminité est construite comme a priori structurant à la ménopause. L'individu serait évincé du féminin : à partir de la ménopause, la sève hormonale se tarissant, elle laisserait place à une entité incertaine. Les hormones protégeant les femmes, celles-ci sont décrites comme sans défenses à partir de la ménopause: « l'activité hormonale de la femme la protège tant qu'elle est fertile mais diminue après la ménopause, exposant les femmes qui ne suivent pas de traitement à un risque cardiovasculaire élevé »[171]. Dans une sorte d'équation, on identifie les femmes à leurs hormones. Le docteur Dr Anne de Kervasdoué explique ainsi : « au cours du cycle menstruel, les états d'âmes fluctuent au gré des variations hormonales : dynamisme et volonté d'entreprendre en phase préovulatoire, irritabilité et tendance dépressive avant les règles »[172], tandis que le docteur David Elia répond en ces termes à la question d'une femme sur son site internet : « Est-il normal de se sentir de mauvaise humeur pendant la ménopause alors que j'ai toujours été d'une nature très positive ? Oui, rien que du normal car les hormones influent sur le caractère »[173] ou encore : « Les hormones estrogènes sont des hormones de ''vie'': en leur absence, on constate souvent une perte du tonus, de la capacité à entreprendre des choses. Il s'agit là d'un effet direct des hormones sur le cerveau féminin »[174]. La déficience définit la ménopause : « insuffisance en progestérone »[175], « carence hormonale »[176], « quasi-tarissement des sécrétions hormonales »[177], « cette inéluctable fuite hormonale »[178]. L'imaginaire du manque à pallier émerge sous la plume des docteurs Carrère d'Encausse et Cymes : « face aux conséquences de la ménopause, souvent désagréables, parfois dangereuses, il a paru logique de donner les hormones qui font défaut à cette période de la vie »[179]. Ils poursuivent ainsi : « le bien-être physique et psychique dépend donc en grande partie de l'équilibre entre les œstrogènes et la progestérone »[180]. Sur le site internet *medecine et sante.com* (site indiquant : « tous les articles présents sur ce site sont rédigés par des médecins en activité. Certains sont des spécialistes,

---

[171] Source : http://www.lesieur.fr/Nutrition/A-chacun-son-equilibre/Seniors/Menopause-et-risque-cardio-vasculaire-les-risques, consultée le 05.09.2013
[172] Dr Anne de Kervasdoué, *Questions de femmes, op. cit,* p. 444
[173]Source :http://www.docteurdavidelia.fr/internet/index.php?numarticle=1139&numrubrique=160&siteweb=david%20elia&phpsessid=a9187ae9dc886d89b74d83181f56be83, consultée le 29.03.2013
[174]Source :http://docteurdavidelia.fr/internet/index.php?numarticle=1834&numrubrique=160&numsousrubrique=&siteweb=David Elia, consultée le 29.03.2013
[175] Dr Anne de Kervasdoué, *Questions de femmes, op. cit,* p. 426
[176] *Ibid.,* p. 425
[177] *Ibid.,* p. 433
[178] Docteur Gérard Salama et Nathalie Demarta, *Confidences d'un gynécologue*, Paris, Éditions Plon, 2005, p.57
[179] Dr Marina Carrère d'Encausse et Dr Michel Cymes, *La ménopause,* Paris, Éditions Marabout, 2005, p. 9
[180] *Ibid.,* p. 15

d'autres des médecins généralistes. Les informations présentées sont de même nature que celles que vous pourriez obtenir lors d'une consultation chez votre médecin »), un article sur la ménopause indique : « les conséquences de la ménopause sont dues essentiellement à la chute des œstrogènes, hormones féminines par excellence. Tout au long de sa vie, la femme est protégée par ces hormones des maladies cardio-vasculaires et de l'ostéoporose. Après la ménopause, la situation s'inverse et au bout de 10 à 15 ans apparaîtront ostéoporose, chute de la libido, atrophie des organes sexuels… Le vieillissement de la peau va s'accélérer aussi de façon catastrophique... ». Notons que l'expression «hormones féminines par excellence » est un topos de la littérature de vulgarisation médicale. Ces énoncés mettent en exergue ce qui est construit comme la perte d'un principe du corps féminin : à la ménopause, les femmes se verraient symboliquement vidées de leur substance parce que dépourvues d'hormones.

Dans le discours médiatique, les protagonistes de l'expérience de la ménopause sont finalement plus les hormones que les individus. Ainsi, les hormones sont dépeintes comme des entités dotées de la volonté de sujets : « à cette période, les hormones n'en font qu'à leur tête »[181], « les œstrogènes commencent à quitter le navire »[182]. Ce discours repose sur une sorte d'anthropomorphisme et fait régulièrement des hormones, des ovaires, voire de la ménopause, des entités dotées d'un destin propre : « L'ovaire, fatigué, se met alors à produire des œstrogènes de façon anarchique »[183], « La ménopause arrive vers 52 ans en moyenne. Et ne voyage jamais seule. Les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes mais aussi la prise de poids ou les fameuses sautes d'humeur sont quelques-uns des compagnons de route de la ménopause »[184].

Reprenant les schèmes médicaux, les énoncés dépeignent le corps à la ménopause comme le lieu de l'échec d'une production : « plus on approche de la ménopause, plus les ovaires ont du mal à déclencher chaque mois une ovulation performante »[185], « au fil du temps, le stock d'ovules s'épuise »[186], « le cycle montre des signes de faiblesse, l'ovulation se fait moins bien, et apparaît un déficit de la production de progestérone »[187]. Dans ces énoncés, la ménopause

---

[181] http://www.elle.fr/Societe/Les-enquetes/La-premenopause-en-pente-douce-1822604#Un-bilan-hormonal-permet-il-de-savoir-ou-on-en-est-1822618, consultée le 15.11.2013
[182] *Top Santé,* mars 2014
[183] Source : http://madame.lefigaro.fr/feminin/un-cap-difficile-a-passer-091210-11435, consultée le 15. 11.2013
[184] Source : http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-bien-vivre-la-menopause-32.asp?1=1, consultée le 30.10.2013
[185] *Top Santé,* mars 2014
[186] Source : http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-bien-vivre-la-menopause-32.asp?1=1Bien vivre la ménopause, consultée le 30.10.2013
[187] Guillaume Gérault, *Mieux vivre la ménopause, le petit livre des huiles essentielles*, *op. cit.,* p. 48

fait du corps une « machine à l'arrêt » (Martin, 1987, p. 45, notre traduction) : « les ovaires prennent leur retraite et cessent leur boulot : production d'ovocytes (pour faire les bébés) et sécrétion d'hormones (progestérone et œstrogènes) qui exercent de multiples fonctions dans l'organisme. Mais cette retraite, les ovaires ne la prennent pas brutalement. Ils travaillent de moins en moins, en tout cas irrégulièrement car, ayant vieilli, ils sont fatigués »[188], « les ovaires ne répondent plus aux sollicitations de l'hypothalamus et de l'hypophyse. (…) Un jour enfin, les ovaires sont restés définitivement sourds aux appels de l'hypothalamus et de l'hypophyse. Ils ont épuisé leur capital folliculaire »[189], explique un gynécologue en reprenant l'image d'un travailleur vieillissant.

La ménopause constitue, en outre, un épisode de la vie gynécologique des femmes toute entière construite comme délétère : « troubles du cycle, règles douloureuses, ménopause, bouffées de chaleur... face aux maux féminins les médecines douces apportent des réponses »[190]. Elle apparaît comme le dernier épisode du cortège des maux féminins. La question de la ménopause est également inscrite dans un processus qui embrasse près de la moitié de la vie des femmes. Dans l'ouvrage *La femme de 40 ans,* le docteur Henri Rozenbaum affirme que « le véritable début de la périménopause se situe plusieurs années avant la période marquée par l'apparition de cycles irréguliers et de troubles fonctionnels divers »[191]. La préménopause est amplement abordée dans le dossier « Troubles hormonaux, les solutions dès 40 ans » dans le magazine *Top Santé* qui précise : « les hormones féminines commencent parfois à jouer du Yo-yo dès la quarantaine, donc bien avant la ménopause »[192]. L'horizon de la ménopause apparaît comme la suite d'un dispositif de pathologisation du corps des femmes qui commence dès la puberté (Détrez et Simon, 2006 ; Guyard, 2010).

Le deuxième acte de la dramaturgie de la ménopause est marqué par le symptôme et le risque. Le symptôme est le prisme d'appréhension : « sensations de gonflement, seins tendus, peau qui tiraille,»[193], « sueurs nocturnes, douleurs articulaires, sécheresse oculaire… »[194] « altèrent la qualité de vie des femmes »[195]. Le registre de la pathologie est traversant. Plus encore, la ménopause est parfois directement qualifiée de la maladie. Sur le site internet

[188] Source : http://www.e-sante.fr/menopause-qu-est-ce-que-je-mange/actualite/1696, consultée le 29.08.2012
[189] Dr Anne de Kervasdoué, *Questions de femmes, op. cit.,* p. 432
[190] Source : http://www.senioractu.com/Medecines-douces-et-menopause-osteoporose-et-jambes-lourdes_a16725.html, consultée le 04.02.2013
[191] Henri Rozenbaum, *La femme de 40 ans, op. cit.,* introduction
[192] *Top Santé,* mars 2014
[193] *Femme majuscule,* mars-avril 2011
[194] *Top Santé* Hors-série « 200 questions-réponses sans tabou sur la ménopause », avril 2011
[195] René Frydman, Philippe Bouchard, *La chimie féminine, op. cit,* pp. 154-155

medecine et sante.com, on accède ainsi grâce à l'onglet « maladie explication » à un article sur la ménopause. Sur le site doctissimo.fr, on accède à l'article « ménopause » via le thème « les maladies des seniors »; sont ensuite proposés les sous-thèmes : « gardez la forme pendant la ménopause », « traitement hormonal : mode d'emploi », « les désagréments des bouffées de chaleur ». Quant à la rubrique « maladies hormonales », elle propose un sous-thème « bien vivre sa ménopause »[196]. Dans le même sens, le site internet *passeportsante.net* permet d'accéder à l'onglet « ménopause » en cliquant sur l'onglet « Index des maladies de A à Z »[197].

À la ménopause sont associées des transformations indésirables du corps. La prise de poids et l'enveloppement du corps sont évoqués de manière récurrente : « la plupart des quinquagénaires gardent également les yeux rivés sur la balance (…) il est difficile d'éviter de prendre un peu de poids » [198], « avec les variations hormonales, les cellules graisseuses s'accumulent sur la ceinture abdominale et forment des petits bourrelets »[199], « en plus d'être inesthétique, le tissu gras abdominal est un facteur de risque cardio-vasculaire »[200]. La perte de vitalité de la peau se fait enjeu : « c'est à la ménopause que la texture de notre peau change vraiment, elle devient moins dense, moins ''pleine''. Elle s'amincit et se fragilise »[201], « la structure et la texture de la peau sont influencées par les hormones sexuelles et par des modifications biologiques. Après la ménopause, la peau devient plus fine et plus fragile »[202], « dossier Ménopause : comment lutter contre le vieillissement de la peau ? La peau, victime de notre horloge biologique ! Avec le changement hormonal, le déficit en œstrogènes entraîne souvent une sécheresse des tissus et un relâchement cutané»[203], ainsi que les cheveux : « l'horloge biologique (…) va entraîner une fragilisation visible du cheveu vers la cinquantaine et ses changements hormonaux »[204].

---

[196] Source : http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/maladies-hormonales/maladies-hormonales-endocrinologie.htm, consultée le 10.03.2011
[197] Source : http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=menopause_pm, consultée le 10.30.2011
[198] *Notre Temps*, n° 501, septembre 2011
[199] *Marie-France,* mai 2012
[200] Dr Caroline Chaine, *Le petit livre de la ménopause, op. cit.,* p. 27
[201] *Notre Temps*, n° 494, février 2011
[202] Source : http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/menopause/articles/8456-menopause-10questions.htm, consultée le 10.03.2011
[203] Source : http://www.e-sante.fr/menopause-comment-lutter-contre-vieillissement-peau/dossier/1570
[204] *Femme majuscule,* septembre-octobre 2012

Un rapprochement entre morphologie des femmes à partir de la ménopause et morphologie masculine est parfois opéré : « dès la périménopause, les kilos tentent de s'installer de préférence sur le ventre, comme les hommes »[205].

Les fonctions cérébrales sont également présentées comme sujettes au déclin : « trous de mémoire et ménopause, c'est vraiment lié. (…) déclin cognitif et pertes de mémoire associées à la ménopause seraient liés à des fluctuations hormonales »[206]. « Phase de diminution du bien-être »[207], la ménopause est présentée comme « un cap psychologique parfois difficile à passer »[208]. Des « troubles du caractère »[209]sont ainsi mis en évidence. Si « l'humeur fait les montagnes russes »[210], cette période serait surtout marquée par un « sentiment de déchéance et de dévalorisation mais aussi de solitude et d'abandon »[211]. La fragilité caractérise la figure de « la-femme-ménopausée » : « tout le monde nous dit que la ménopause survient ''autour de 50 ans''. Et avouons-le, nous avons tendance à l'appréhender »[212]. La ménopause constitue « une période délicate pour les femmes »[213], « la menace d'une prise de poids »[214] et « renvoie aussi à la peur de vieillir. Autant de facteurs physiques et psychiques qui peuvent fragiliser les femmes »[215]. Nourrissant l'imaginaire de la fragilité, le registre du doute lui est, en outre, associé : « si le doute vous assaille, votre gynécologue peut tout à fait vous prescrire un certain nombre de dosage hormonaux »[216], « la ménopause s'accompagne souvent d'une remise en question et d'une perte de confiance en soi »[217]. La femme « se retrouve d'autant plus désarmée si son corps commence à lui jouer des tours »[218] et « on se sent tout à coup si vulnérable, hypernerveuse et émotive »[219]. Les articles dessinent le portait d'une femme non autonome, sujette à l'interrogation (« Ménopause : quel impact sur les

---

[205] Source : http://www.e-sante.fr/menopause-qu-est-ce-que-je-mange/actualite/1696, consultée le 29.08.2012
[206] Source : http://www.topsante.com/sante-au-quotidien/Actus/Trous-de-memoire-et-menopause-c-est-vraiment-lie, consultée le 17.01.2013
[207] Dr Saldmann Frédéric, *La vie et le temps. Les nouveaux boucliers anti-âge*, *op. cit.,* p. 259
[208] Source : http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-bien-vivre-la-menopause-32.asp?1=1Bien vivre la ménopause, consultée le 30.10.2013
[209] Dr Anne de Kervasdoué, *Questions de femmes, op. cit.,* p. 405
[210] *Top Santé,* mars 2014
[211] Dr Anne de Kervasdoué, *Questions de femmes, op. cit.,* p. 413
[212] *Santé magazine,* mars 2014
[213] Source : http://www.santemagazine.fr/la-menopause-une-periode-delicate-pour-les-femmes-339.html, consultée le 29.08.2012
[214] Source : http://www.e-sante.fr/menopause-qu-est-ce-que-je-mange/actualite/1696, consultée le 29.08.2012
[215] Source : http://www.santemagazine.fr/la-menopause-une-periode-delicate-pour-les-femmes-339.html, consultée le 29.08.2012
[216] *Femme majuscule,* mars-avril 2011
[217] Source : http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/menopause/articles/8447-menopause-consequences-peau.htm, consultée le 10.03.2011
[218]*Top Santé,* mars 2014
[219] *Top Santé,* mars 2014

cheveux ? »[220], « La ménopause fait-elle baisser la libido ? »[221], « Les modifications hormonales peuvent-elles causer des crises d'angoisse ? »[222]) et en demande (« Cheveux longs. Je peux encore ? »[223], « Ménopause : qu'est-ce que je mange ? »[224], « Avec la ménopause, ma libido est en berne, c'est pour toujours ? »[225]). Les procédés rhétoriques enjoignent au questionnement lors de la ménopause. « La femme ménopausée » apparaît comme figure de l'incertitude : « les femmes sont perdues et ont besoin d'être canalisées »[226]. Articles et ouvrages mettent en exergue des troubles de la psyché à la ménopause : « depuis que je suis ménopausée, (…) mon conjoint se plaint parfois de mes sautes d'humeur »[227], « une impression générale de ne pas être au top… pour origine le déséquilibre entre progestérone et œstrogène »[228], « un mal-être »[229], « les hormones féminines exercent aussi une action sur le système nerveux. L'humeur et le caractère peuvent donc se ressentir de leur chute brutale. Résultat : une période de montagnes russes »[230]. De ces descriptions jaillit le portrait d'un individu en proie au malaise : « vous vous bourrez de boissons et de produits sucrés pour vous remonter le moral »[231], « la ménopause a des conséquences fâcheuses sur le moral »[232], « le moral est en dent de scie » [233], « démotivation, morosité, mélancolie, les hormones jouent au yo-yo et le moral en subit les conséquences »[234].

Dans ce deuxième acte le symptôme partage la scène avec le risque : « la ménopause constitue un passage à risque dans la vie d'une femme »[235], « la survenue de la ménopause est associée à un risque accru d'apparition des cancers de l'endomètre (corps de l'utérus), des ovaires et de l'utérus. Le point sur ces trois maladies et sur les liens qu'elles entretiennent avec

---

[220] Source : http://www.topsante.com/beaute-bien-etre/cheveux/Menopause-comment-garder-de-beaux-cheveux/Menopause-Quel-impact-sur-les-cheveux, consultée le 27.11. 2012
[221] Source : http://www.topsante.com/medecine/gyneco/menopause/vivre-avec/la-menopause-fait-elle-baisser-la-libido-11912, consultée le 27.11. 2012
[222] *Top Santé,* Hors-série « 200 questions-réponses sans tabou sur la ménopause », avril 2011
[223] *Femme majuscule,* mars-avril 2011
[224] Source : http://www.e-sante.fr/menopause-qu-est-ce-que-je-mange/actualite/1696, consultée le 29.08.2012
[225] Source : http://sante.journaldesfemmes.com, consulté le 27.05.2011
[226] Docteur Gérard Salama et Nathalie Demarta, *Confidences d'un gynécologue*, *op. cit.,* p.58
[227] Source : http://www.notretemps.com/sante/sexualite-couple-questions-reponses/2312-femmes/10005675-menopause-traitements.html, consultée le 27.11. 2012
[228] *Femme majuscule,* mars-avril 2011
[229] Source : http://www.courrierdelouest.fr/actualite/menopause-perdre-du-poids-ca-fait-du-bien-23-07-2012-81115, consultée le 23.07.2012
[230] *Top Santé* Hors-série « 200 questions-réponses sans tabou sur la ménopause », avril 2011
[231] Source : http://www.e-sante.fr/menopause-qu-est-ce-que-je-mange/actualite/1696, consultée le 29.08.2012
[232] Source : http://www.sur-la-toile.com/article-16419-Pourquoi-la-menopause-.html: Pourquoi la ménopause ?, consultée le 29.08.2012
[233] *Notre Temps*, septembre 2011
[234] *Femme majuscule,* septembre-octobre 2012
[235] Dr Saldmann Frédéric, *La vie et le temps. Les nouveaux boucliers anti-âge*, *op. cit.,* p. 257

la ménopause »[236]. La ménopause ouvre sur l'ère d'un corps valétudinaire : « l'ostéoporose, c'est le mal d'après »[237]. Le corps ménopausé est dépeint comme le lieu de l'altération et de la précarité.

Le discours médiatique cantonne les femmes du côté du biologique. Cette rhétorique est nourrie par les mises en scène des photos[238] illustrant les articles ayant trait à la ménopause. Plusieurs photos[239] fonctionnent sur un mécanisme de fragmentation du corps : l'image de la femme est coupée au niveau du cou ou du buste. Au corps féminin est ôtée sa tête. Ce qui, par contre, est mis en exergue dans ce type de mise en scène, est le bas-ventre de la femme. Sans tête, mais toute à son giron, « la femme » est construite comme « enfermée dans son sexe » (Knibiehler et Fouquet, 1983, p. 113). Ce type de mise en scène opère comme réduction et retour à la fonction de reproduction. Cette mise en scène nous semble ainsi « clore les femmes sur elles-mêmes et sur la nature » (Mathieu, *in* Gardey et Löwy, 2000, p. 119). Sur les photos, les femmes ne sont pas représentées en interaction, ni en train d'agir sur le monde, mais pensives, le regard absorbé par le questionnement, tournées vers elles-mêmes[240]. Les photos montrent également à voir des femmes seules, soucieuses, concentrées sur leur corps, affectées, voire souffrantes[241]. Certaines photos, enfin, mettent en scène des femmes dans des accès de violence[242]. Ces mises en scène offrent ainsi à voir « la-femme-ménopausée » comme une figure de l'altérité. Enfin, toutes ces images mettent en scène des femmes blanches.

Dans l'espace médiatique, l'image de la femme ménopausée s'ébauche en diptyque : à l'image de Janus, elle est construite comme un individu à double-face. Une face principale présente l'image d'un individu pathologisé, figure du doute, étranger à l'autonomie, soumis aux troubles d'un corps défini comme le lieu du déséquilibre et du trouble. Une autre face est celle d'un individu indépendant, dégagé des contraintes, performant, s'assumant financièrement et sexuellement : la figure de la « senior », telle que l'illustre la photo de

[236] Source : http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-les-cancers-les-plus-frequents-a-la-menopause-11511.asp?1=1Les cancers les plus fréquents à la ménopause, consultée le 05.11.2013
[237] Source : http://www.europe1.fr/MediaCenter/Emissions/Le-memo/Sons/Un-cap-delicat-1078077/, consultée le 11.06.2012
[238] Une série d'illustrations est proposée en annexe, présentant des photos tirées d'articles abordant la ménopause dans des magazines et des sites sur internet
[239] Voir annexe, planche 1
[240] Voir annexe, planche 2
[241] Voir annexe, planche 3
[242] Voir annexe, planche 4

l'actrice Sharon Stone en Une du magazine *Le nouvel Observateur*[243] dans le cadre du dossier « Rester jeune ». En miroir d'une mise en scène dépréciée de la ménopause se pose, en effet, celle de la « senior » conquérante. Il s'agit en effet, d'avoir « la pêche en 2011 »[244], d' « optimiser son tonus »[245] , de poursuivre tous les signes du « corps triomphant, sain, jeune et bronzé, du récit moderne » (Le Breton, 1990, p. 130). La mise en scène de conquête associée à la sénior se traduit aussi par l'utilisation du registre de la performance. Le troisième acte de la dramaturgie de la ménopause s'intègre dans ce contexte. Il constitue celui de la résolution de l'intrigue : « on a commencé avec un sujet bien lourd et on repart plein d'espoir et de remèdes pour soulager tout ça »[246] explique ainsi la présentatrice des *Experts* sur Europe 1 à la fin d'une émission sur la ménopause. La ménopause est, en effet, construite comme une nouvelle étape de la vie impliquant une transformation des pratiques. Le discours convoque une morale d'action pour les femmes ménopausées : « tout le monde se mobilise aujourd'hui autour de la quinqua, pour que le cap de la ménopause soit abordé avec plus d'assurance et d'enthousiasme »[247]. Aux femmes de se montrer assurées et enthousiastes. Le registre de l'injonction, sous la forme douce du conseil, traverse les énoncés. « Mettez l'accent sur une bonne hygiène de vie »[248] intime-t-on et plus précisément : « atténuer les bouffées de chaleur. Retrouver sa bonne humeur. Echapper aux troubles sexuels. Vaincre la fatigue»[249], « sachez réagir face à cette rébellion hormonale »[250], « l'activité physique, un passage absolument obligé à la ménopause »[251], « mettre en place une bonne stratégie alimentaire »[252]. On propose aux femmes « des traitements pour se sentir mieux »[253], « des conseils pour vous aider à passer le cap de la ménopause : trouvez votre traitement, adoptez une nouvelle vie, lâchez prise »[254]. Face au « problème ménopause », le discours médiatique enjoint, en effet, à une posture de combat : « la vigilance

[243] *Le nouvel Observateur*, n°2400, semaine du 4 au 10 novembre 2010, voir annexe planche 5
[244] *Notre Temps*, janvier 2011
[245] *Notre Temps*, août 2010
[246] Source : http://www.europe1.fr/MediaCenter/Emissions/Le-memo/Sons/Un-cap-delicat-1078077/, consultée le 11.06.2012
[247] Source : http://news.madame.lefigaro.fr/_beaute/femmes-produits-problemes-menopause.html, consultée le 26.10.2013
[248] Source : http://www.e-sante.fr/menopause-quels-sont-premiers-signes/2/actualite/1813, consultée le 01.03.2013
[249] *Notre Temps*, septembre 2011
[250] Source : http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/menopause/menopause.htm, consultée le 10.03.2011
[251] *Femme majuscule,* septembre-octobre 2012
[252] Source : http://www.e-sante.fr/menopause-qu-est-ce-que-je-mange/actualite/1696, consultée le 29.08.2012
[253] *Top Santé,* mars 2014
[254] Source : http://www.santemagazine.fr/la-menopause-une-periode-delicate-pour-les-femmes-339.html, consultée le 29.08.2012

beauté autour de la ménopause est extrêmement importante »[255], « Résignation et impuissance ne sont plus de mises désormais… c'est aussi le moment de soigner sa ligne, de surveiller son assiette. Garder une jolie silhouette, élégante et tonique… Pas question de perdre son capital séduction »[256], « Alimentation : le combat continue ! Plus que jamais pour ne pas prendre de poids, vous devrez surveiller votre alimentation autant que votre balance … Notre meilleure arme : l'activité physique »[257]. L'usage de l'impératif concourt à l'injonction : « Bougez-vous !»[258], « unifiez, gommez, dissimulez »[259], « Méfiez-vous du sucre. Grignotez intelligemment »[260]. Le soin de soi est au cœur des préceptes, avec pour toile de fond des représentations qui s'ancrent dans l'imaginaire d'un individu négligé : « Une question de coiffage : comme pour la coupe, le principe est de garder un aspect soigné… Il faut toujours être impeccable »[261]. La discipline est donc au cœur de la posture à acquérir : « il existe des solutions sans hormones, les compléments alimentaires, certains médicaments, mais aussi l'exercice physique ou la relaxation. L'hygiène de vie, comme toujours, est très importante »[262].

L'image de la senior conquérante donnerait-elle à voir une femme ménopausée moins assujettie aux inégalités de sexe ? Si des représentations d'assurance et de performance sous-tendent ce discours, l'imaginaire rejoue cependant la non-autonomie : dans cette mythologie, en effet, « l'héroïne peut faire des choses très variées, elle n'en est pas moins, avant tout, une ''vraie femme'', censée se réaliser pleinement grâce à la reconnaissance masculine » (Löwy, 2006, p. 39). Elle n'est pas un individu qui se définit par lui-même, mais continue à être défini par le regard masculin : l'image de la senior conquérante rejoue les stéréotypes qui construisant le féminin dans les représentations. Au sein du discours médiatique, il nous semble ainsi important de souligner « la flexibilité et la capacité de régénération d'un système qui a incorporé la grande variété des nouveaux rôles féminins sans céder sur l'essentiel, à savoir l'accent mis sur l'attrait sexuel pour les hommes comme élément essentiel de l'identité féminine » (Löwy, 2006, p. 38). La mise en scène de la senior conquérante souligne bien en

[255] Guillaume Gérault, *Mieux vivre la ménopause, le petit livre des huiles essentielles*, *op. cit.,* p. 69
[256] *Top Santé,* Hors-série « 200 questions-réponses sans tabou sur la ménopause », avril 2011
[257] *Top Santé,* Hors-série « 200 questions-réponses sans tabou sur la ménopause », avril 2011
[258] Source : http://www.notretemps.com/sante/menopause/bien-vivre-sa-menopause,i1939, consultée le 29.08.2012
[259] *Femme majuscule,* mars-avril 2011
[260] *Femme majuscule,* septembre-octobre 2012
[261] *Femme majuscule,* mars-avril 2011
[262] Source : http://www.europe1.fr/MediaCenter/Emissions/Le-memo/Sons/Un-cap-delicat-1078077/, consultée le 11.06.2012

creux l'existence des femmes qui échoueraient à se conformer à ce modèle. Ainsi, « l'image positive de la femme vieillissante, athlétique et pleine d'énergie, avec un visage parfait et un sourire éclatant, s'accompagne de son miroir : celle qui a fait les mauvais choix, pliée en deux par l'ostéoporose, affligée de problèmes de santé multiples, dépressive, finissant sa vie seule, pauvre et malade » (Löwy, 2006, p. 169). La mise en scène touche également la question de la sexualité à la ménopause.

La sexualité à partir de la ménopause est une question récurrente dans le paysage médiatique, avec un recours fréquent à la question de la libido dans les énoncés. Ce terme, qui signifie la « recherche instinctive du plaisir, et surtout du plaisir sexuel »[263] constitue un lieu commun des articles consultés : « boostez votre libido à la ménopause »[264]. Un double mouvement est à l'œuvre dans la construction de la sexualité des femmes à la ménopause. D'une part, on décèle l'injonction à l'exaltation du désir : « des conseils pour booster le désir !»[265], « ménopause: donnez un coup de pouce à votre libido! »[266]. La sexualité est, pourtant, construite comme source d'interrogations : « une vie sexuelle épanouie à 50 ans, c'est possible ?[267], « avec la ménopause, ma libido est en berne, c'est pour toujours ? »[268]. Elle est renvoyée au problème : « fini les parties de jambes en l'air… Depuis la ménopause votre libido est en berne et votre moral avec ? »[269], « les variations hormonales dues à la ménopause causent de réelles pertes de libido », « la libido, victime de la ménopause »[270]. D'autre part, l'injonction à l'exaltation du désir, construit comme lieu du problème, est contrebalancée par la description d'une pratique qui relève de la tendresse. Dans le chapitre qu'il réserve aux « femmes autour de 50 ans », le docteur Salama classe les femmes en fonction de leur situation conjugale à la ménopause : « les abandonnées», « en couple…mais malheureuses » et « en couple et amoureuses à perpétuité », définissant les femmes à partir de la conjugalité. Décrivant les relations sexuelles de femmes ménopausées épanouies dans leur couple, le docteur Salama explique ainsi : « leur vie sexuelle est suffisante pour créer des moments de

[263] Dictionnaire *Le Petit Robert*, 2011
[264] Source : http://www.medisite.fr/sante-sexuelle-booster-sa-libido-a-la-menopause.1489.86.html, consultée le 17.02.2012
[265] Source : http://www.femmeactuelle.fr/sante/sante-pratique/booster-sa-libido-a-la-menopause-01456, consultée le 04.09.2013
[266] Source : http://www.topsante.com/sante-au-quotidien/sante-de-seniors, consultée le 07.03.2012
[267] Source : http://www.terrafemina.com/vieprivee/sexo, consultée le 17.02.2012
[268] Source : http://sante.journaldesfemmes.com/genital-urinaire/article/avec-la-menopause-ma-libodo-est-en-berne-c-est-pour-toujours.shtml, consultée le 17.02.2012
[269] Source : http://www.planet.fr/sante-booster-sa-libido-a-la-menopause.17087.1420.html, consultée le 17.02.2012
[270] Source : http://www.femmeactuelle.fr/sante/news-sante/la-libido-victime-de-la-menopause-00383, consultée le 17.02.2012

tendresse, d'échange, de dialogue et d'amour. Ils ne sont pas dans une boulimie de sexe. (…) Ils ne sont pas constamment dans l'intensité des émotions et des vibrations… (…) Ils sont en osmose et leur complicité est bien plus importante et plus riche que des excitations éphémères »[271]. Dans le même sens, on lit sous la plume de confrères : « malgré une possible mise en veilleuse de la vie sexuelle, la ménopause ne signifie pas, loin de là, la fin de la sexualité, mais plutôt une évolution, un réajustement des rapports amoureux ! »[272]. L'hétéronormativité sous-tend, en outre, les énoncés. Les femmes sont, en effet, pensées par le prisme du couple hétérosexuel : « Depuis que je suis ménopausée, je suis régulièrement gênée par des bouffées de chaleur. Mon conjoint se plaint parfois de mes sautes d'humeur »[273], « Le mari part à la retraite. La ménopause moyenne est à 50 ans. Le conjoint ayant souvent quelques années de plus, commence à penser à sa retraite »[274], « parmi les solutions possibles pour remédier à ce manque de lubrification, les préliminaires. Demandez à votre mari de pratiquer de longs préliminaires et des caresses sexuelles qui durent »[275]. Or, « la norme en matière de sexualité consolid(e) la norme en matière de genre » (Butler, 2006, p. 31). En ce sens, la ménopause constitue une construction où s'opère une actualisation des normes de genre, construisant le féminin à partir du prisme hétérosexuel.

Au cours de notre travail de recherche, un nouveau magazine a paru dans le paysage médiatique destiné aux femmes en âge d'être ménopausées : *Femme Majuscule*[276] . Le lancement de ce magazine est décrit en des termes qui placent la question de la ménopause en son cœur : « en 2011, Murielle Ross décide de créer le premier magazine féminin pour les femmes de 50 ans et plus. Elle le nomme Femme Majuscule pour rappeler que même ménopausée on est toujours une Femme, et Majuscule de surcroît »[277]. Ce magazine constitue un lieu d'énonciation particulier à l'endroit de la ménopause. La présentation du magazine révèle une posture qui se pose à part dans le paysage médiatique actuel : *« un nouveau* féminin, dédié aux 15 millions de femmes de plus de 45 ans, qui souhaitent se reconnaître

[271] Docteur Gérard Salama et Nathalie Demarta, *Confidences d'un gynécologue*, *op.cit.,* p.62
[272] Dr Marina Carrère d'Encausse et Dr Michel Cymes, *La ménopause, op. cit.,* p. 41
[273] Source : http://www.notretemps.com/sante/menopause/menopause-traitements,i4408, consultée le 25.02.2014
[274] Source : http://www.e-sante.fr/psychisme-menopause-agit-sur-moral/2/actualite/1813, consultée le 25.02.2014
[275] Source : http://www.topsante.com/couple-et-sexualite/sexualite/troubles-sexuels-chez-la-femme/menopause-malgre-mon-desir-je-ne-suis-pas-assez-lubrifiee-11993/secheresse-vaginale-un-phenomene-normal-a-la-menopause-20851, consultée le 25.02.2014
[276] Le premier numéro de *Femme Majuscule* date de mars 2011. Ce magazine est un bimestriel
[277] Source : http://www.ledauphine.com/isere-sud/2013/03/01/la-femme-senior-ne-souhaite-surtout-pas-revenir-a-ses-20-ans-fwgq, consultée le 04.03.2013

dans un magazine qui leur ressemble. Plus de 98 % des femmes se sentent différentes de la génération de leurs mères, d'un point de vue professionnel, physique, financier ou encore sexuel. Bien dans leur âge, elles aspirent à bien vieillir en alliant jeunesse d'esprit et allure séduisante et vivent la ménopause comme une nouvelle étape de leur féminité… Femme Majuscule a décidé de répondre aux attentes de ces femmes, à leurs interrogations, à leur soif d'analyser, d'apprendre, de découvrir, de partager, de voyager, de rester belles et actives dans une société qui magnifie le ''jeunisme'' »[278]. Dans cet énoncé, les femmes ménopausées sont dépeintes comme des sujets autonomes et en interaction avec le monde social.

La question de la ménopause est un thème récurrent dans ce magazine. Ainsi, dans son numéro de septembre 2012, le magazine propose le dossier *« Tout sur la ménopause, le corps, la tête et le couple ».* Là encore, il est question d' *« oser parler de la ménopause, sujet encore trop tabou ».* Le traitement qui en est fait s'éloigne du traitement habituel des autres médias et le magazine se pose comme espace de création d'un nouveau discours sur la ménopause.

Si le dossier évoque les troubles du corps, il propose également de s'en détacher : « focalisées sur les transformations physiques de la ménopause, nous risquons de passer à côté des transformations psychiques qui nous bousculent. Et ce serait bien dommage ». On remarque que la nuance est de mise : « il est difficile de tenir un seul et même discours : à l'instar de la grossesse, il n'y a pas ''une'' mais ''des'' ménopauses ».

L'article fait le constat d'une absence de relais social sur la question de la ménopause, « Conséquence de cette omerta qui l'entoure, la ménopause est souvent vécue par les femmes en silence » et de ses effets d'entrave pour les femmes : « On sait bien que lorsqu'on tait ses ressentis, on n'arrive pas à les élaborer, à les dépasser ». L'action commune au sein de l'espace social est proposée : « Toutes ensemble ! », « Peut-être faudrait-il monter des groupes de paroles, à l'image de ceux créés pour les femmes enceintes ? ». Appel est fait à la sororité et au souvenir des luttes féministes des années 1960-1970 : «Appuyons-nous sur nos amies, nos sœurs, côté à côté, comme nous l'avons fait il y a quarante ans pour obtenir le droit à contrôler notre fertilité. Toutes les avancées de la condition féminine n'ont été possibles que lorsque les femmes se sont montrées solidaires ». Un discours d'affirmation de soi et de solidarité est énoncé : « Pourquoi ne revendiquerions-nous pas haut et fort notre maturité ? ». Ce discours dresse le portrait de femmes actrices, en capacité. Ainsi, le champ lexical de la lutte est traversant : « si nous nous battions aujourd'hui pour une ménopause sereine ? », « un

[278] Source : http://www.femmemajuscule.fr/blog/?page_id=1313, consultée le 07.03.2014

nouveau combat », « se battre contre ce tableau noir dans lequel la plupart des femmes ne se reconnaissent pas », « le moment de régler leur compte à nos vieux démons », « menons ce combat ». L'individu est dépeint comme en lutte dans son propre espace social : lutte pour une place au sein de la communication, lutte pour une voix qui soit légitimée. La posture est celle de la guerre, au sortir de laquelle, les femmes triomphent : « Même pas mal ! ». Loin du déclin, la ménopause est construite comme une étape faite de possibles : « une formidable opportunité », « une étape de renouveau », « une patine intéressante et non un inéluctable délabrement ». Si la sexualité est abordée en passant par le topos d'une libido à problèmes (« une baisse passagère de la libido »), le discours n'enjoint pas les femmes à la pratique d'une libido désexualisée. Il n'est pas question de s'adonner désormais à la tendresse, mais de « faire preuve de créativité » et de « fantaisie » dans sa sexualité. Si le changement doit la caractériser, la sexualité à partir de la ménopause est décrite comme existante : « essayer de nouvelles positions, en abandonner d'autres, faire l'amour dans des lieux moins habituels », sans devenir un espace de performance : « sans pour autant tomber dans les coulisses de l'exploit ! ».

Nous remarquons, enfin, que le discours prend à contrepied les images du *care* associées aux femmes à partir de la ménopause : « La chute des hormones sexuelles modifierait le fonctionnement du cerveau des femmes au moment de la ménopause (…) Raison pour laquelle, selon la chercheuse, les femmes à la ménopause deviendraient moins dévouées aux besoin des autres, particulièrement de leur homme et de leurs enfants, et commenceraient à penser davantage à elles-mêmes, à plus s'affirmer et à moins redouter les conflits. Mieux vaut tard que jamais, non ? ». Loin des images d'altruisme, le discours propose ici une forme d'affirmation de soi.

La mise en scène de la ménopause dans le discours médiatique constitue une dramaturgie biologique participant de la production du genre. Elle fonctionne sur une rhétorique du primat du biologique et des procédés linguistiques homogénéisant les femmes et essentialisant leurs expériences. Les femmes y sont dépeintes comme simples jouets de forces biologiques qui les dépassent et les déterminent. À l'image d'un drame en trois actes, la ménopause est construite comme l'épreuve initiatique d'une figure stéréotypée. Nous allons voir maintenant que le cadre médical d'appréhension de la ménopause dans l'espace médiatique fonctionne comme cadre de bienséance.

2.1.3 La ménopause comme « faute de goût » ou du prisme médical comme cadre de bienséance

Le point de vue médical est le seul à être convié dans le contexte médiatique. Ceci réaffirme sa place comme seul discours légitime sur la question de la ménopause. Nous avons vu que le discours médiatique ne constitue pas une simple redondance assertive du discours médical. En outre, la multiplicité des faisceaux de discours et d'images convoquant le problème au sujet de la ménopause en fait non pas un énoncé parmi d'autres, mais une réalité. Hors de la sphère d'influence médicale, où la ménopause est non seulement dite, mais lieu d'un vaste discours repris à l'envi, elle est invisible. Lorsqu'elle n'est pas appréhendée par ce prisme, notre espace social ne sait, finalement, qu'en faire. Nous allons ainsi montrer que le cadre médical d'appréhension de la ménopause fonctionne comme cadre de bienséance. Pour ce faire, nous analysons un échange entre des intervenants de l'émission *C à vous*[279] sur la chaîne de télévision France 5. Un invité (l'avocat Jacques Vergès) s'interroge : « quand j'entends parler de mon âge par Madame Alliot-Marie ou autre, je me dis ''est-ce que je lui ai posé des questions sur sa ménopause ?'' ». La réaction d'un des présentateurs est un regard gêné suivi d'un balbutiement : « hou, bon… ». La présentatrice de l'émission intervient, le regard réprobateur : « bon, là, non, mais attendez, là, c'est une faute de goût, revenons à nos histoires… ». Le sujet est alors immédiatement esquivé. Cet échange nous paraît particulièrement intéressant. Les réactions gênées des présentateurs, nous semblent, en effet, révélatrices de ce que la question de la ménopause ne se voit traitée que lorsqu'elle est appréhendée comme un problème médical et qu'elle est prise en charge par la communauté médicale. Le fait que la présentatrice invoque, de surcroît, afin de couper court à toute poursuite sur ce sujet, la « faute de goût », c'est-à-dire le manque de bienséance, finit de classer cette question au mieux du côté de la grivoiserie, au pire, du côté du tabou. Si la présentatrice énonce qu'évoquer la ménopause constitue une « faute de goût », c'est que cette évocation constitue une rupture au sein de l'interaction. Face au dépassement de la limite du convenable, la présentatrice se fait instance de régulation et oppose à ces propos le bon goût qui constitue « une forme puissante de contrôle social » (Becker, 2002, p. 178) : on n'évoque pas la ménopause d'une femme hors d'un cadre dédié (magazines ou émissions dédiés à la santé ou aux femmes), d'un angle spécifique (les symptômes) et sans acteur légitimé pour le

[279] *C à vous*, émission du 5 janvier 2011, France 5

faire (un médecin). Hors de ce cadre normatif d'énonciation, l'évocation de la ménopause provoque le malaise et tout indique qu'il vaut mieux se taire sur cette question. Ainsi, à moins d'être énoncée par les sciences médicales, « pourvoyeuses d'une vérité objective et (…) arbitres » (Oudshoorn, *in* Gardey et Löwy, 2000, p. 32) au sein des débats médiatiques, la question de la ménopause en est évincée.

La ménopause constitue un énoncé indésirable. Elle est ainsi souvent associée au terme « tabou » dans l'espace médiatique : « La préménopause sans tabous »[280], « 200 questions-réponses sans tabous sur la ménopause [281]», « Hier encore sujet tabou pour les femmes, le bouleversement hormonal de la cinquantaine »[282]. Deux mécanismes sont à l'œuvre dans ce type d'énoncés. D'une part, le rappel d'une époque où l'on n'évoquait pas la question de la ménopause dans l'espace public (Delanoë, 2001). D'autre part, et dans le même temps, cette énonciation du tabou constitue le simulacre d'une libération : énoncer l'absence de tabou ne revient pas à le lever. Il y a bien la mise en scène d'une illusion de libération qui s'ébauche également au fil des pages des magazines. En apparence, la levée d'un tabou est mise en avant, le registre et les mots jouent la libération d'un carcan dépréciatif. La rhétorique vient toutefois mettre de la nuance dans ce processus. Ainsi, l'usage d'adverbes de concession annule l'énoncé libérateur : « la ménopause n'est pas une maladie puisqu'elle est naturelle et inévitable. Mais en même temps, elle déclenche des symptômes »[283], « si la ménopause n'est pas une maladie, elle est souvent déstabilisante tant physiquement que psychologiquement »[284], «physiquement rien n'a vraiment changé. Pourtant, la désagréable impression que notre corps nous échappe est bien réelle»[285], « la ménopause n'est pas une maladie, elle entraîne néanmoins un grand chamboulement »[286], « bien qu'il ne s'agisse pas d'une maladie, certains symptômes de la ménopause peuvent inquiéter »[287]. L'usage du concessif opère comme antiphrastique.

---

[280] *Femme majuscule,* mars-avril 2011
[281] *Top Santé* Hors-série « 200 questions-réponses sans tabou sur la ménopause », avril 2011
[282] Source : http://madame.lefigaro.fr/beaute/cosmetique-minceur-soigne-quinquas-100408-11437, consultée le 25.10.2013
[283] Dr Marina Carrère d'Encausse et Dr Michel Cymes, *La ménopause, op. cit.,* p. 99
[284] Source : http://www.notretemps.com/sante/772759-bien-vivre-la-menopause.html, consultée le 27.11.2012
[285] *Femme majuscule,* mars-avril 2011
[286] *Top Santé* Hors-série « 200 questions-réponses sans tabou sur la ménopause », avril 2011
[287] Source : http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/menopause/articles/8456-menopause-10questions.htm, consultée le 10.03.2011

Si, dans l'espace médiatique, le cadre médical d'appréhension de la ménopause fonctionne comme cadre de bienséance, deux autres registres d'énonciation de la ménopause existent également : l'humour et l'injure.

2.1.4 L'humour et l'injure : production et usages des stéréotypes associés à la ménopause dans le langage hors du prisme médical

Dans son évidence apparente, le langage nous livre des éléments fondamentaux pour comprendre comment est traitée la question de la ménopause. Ainsi, au-delà de son énonciation dans le registre médical, nous avons tenté d'explorer le champ d'énonciation de la ménopause dans l'espace médiatique, voire plus largement. Nous nous sommes ainsi interrogés au sujet des situations dans lesquelles elle est évoquée et les mots qui lui sont associés dans le langage courant. C'est au cœur des habitudes et des banalités que réside la réalité des choses : « la parole est socialement organisée, non seulement en termes de distribution des locuteurs et des registres linguistiques, mais aussi comme un petit système d'actions de face-à-face, mutuellement ratifiées et rituellement conduites. C'est, en d'autres termes, une rencontre sociale » (Goffman, 1988, p. 148).

Hors du prisme d'appréhension médical, deux autres registres d'énonciation de la ménopause existent dans notre contexte social : l'humour et l'injure. Ces registres fonctionnent, l'un sur l'outrance et la mise à distance, l'autre sur la stigmatisation et la violence. Humour et injure opèrent comme actes de langage qui mettent en jeu les représentations de la ménopause et leur usage. Tous deux opèrent à partir de références culturelles partagées. Pour introduire notre propos, nous retranscrivons le passage d'une émission radiophonique *Les Experts*[288] sur Europe 1 abordant la ménopause, au cours de laquelle ces deux registres d'énonciation sont utilisés :

> *« Sonia Deschamps : c'est le symptôme emblématique de la ménopause, une brusque montée de chaleur avec à la clé une rougeur et des sueurs…*
> *La présentatrice : chouette ! (ton ironique)*
> *(…)*
> *Hortense: non, mais la ménopause, on a beau me dire ce qu'on veut, ça résonne dans ma tête comme un gros mot!*
> *(…)*
> *La présentatrice : merci Sonia, merci les experts, on a commencé avec un sujet bien lourd, un gros mot comme dit Hortense (…) »*

[288] Cette émission *Les Experts* diffusée sur Europe 1était intitulée « Un cap délicat » et diffusée le 10.05.2012

Dans cet échange, humour et injure opèrent comme registre d'énonciation de la ménopause. La ménopause est, en effet, objet du rire et de l'ironie, tout en relevant également du « gros mot », c'est-à-dire d'« un mot grossier, une grossièreté »[289], de ce qui « offense la pudeur, qui est contraire aux bienséances »[290]. Énoncer la ménopause constitue à la fois un ressort comique et une forme d'offense.

Nous allons voir que dans le cadre d'énonciations publiques, ces deux registres sont les seuls où s'exprime la question de la ménopause hors du prisme d'appréhension médical.

A. La mécanique de l'humour : outrance et distance pour dire la ménopause

L'humour est une forme d'énonciation de la ménopause : dans notre contexte social, la ménopause est construite comme ressort comique. Nous avons relevé quelques exemples de plaisanteries évoquant la ménopause sur internet[291]. Celles-ci fonctionnent sur plusieurs registres stéréotypiques. Tout d'abord, celui de la virilisation du corps féminin : « La ménopause, c'est quand la poussée des poils sur nos jambes ralentit. Ceci nous donne plus de temps pour nous occuper de notre nouvelle moustache ». Ensuite, celui de la dégradation du corps : « Pourquoi au bout d'un moment, les femmes terminent-elles toutes ménopausées ? Pour garder suffisamment de sang pour leurs varices ». Enfin, celui de l'exclusion des femmes ménopausée de l'espace de la séduction : « La ménopause, c'est lorsque nous passons une mammographie et que nous réalisons que c'est le seul moment où quelqu'un nous demande de nous promener ''topless''». Dans le même sens, la ménopause constitue une source de gags. Ainsi, dans le film *Sex and the city 2* (2010), une des héroïnes, en période de ménopause, est contrainte d'abandonner son traitement contre les bouffées de chaleur. Ses bouffées de chaleur constituent un gag récurrent du film.

Dans un tweet[292], Michel Cymes écrit : « Envoyé par un téléspectateur : la ménopause c'est la date limite de ventre ! Elégant…))) » [293]. Cette assertion et le système de connivence

[289] Définition tirée du dictionnaire *Le Robert,* 2010
[290] Définition tirée du dictionnaire *Le Robert,* 2010
[291] Source : http://fautrigoler.free.fr/index_ff.html?http://fautrigoler.free.fr/html/la_menopause.html et http://sacresblagues.free.fr/devinettes.htm#femmes, consultées le 04.09.2010
[292] Un tweet est un « court message (140 à 200 caractères maximum) posté sur un microblog, pour partager des informations et des hyperliens » (définition tirée du Dictionnaire *Le Robert* 2012)
[293] Tweet de Michel Cymes (@michelcymes) envoyé le jeudi 14 juin 2012 (Michel Cymes est un médecin animant l'émission de vulgarisation médicale *Le magazine de la santé* sur la chaîne de télévision France 5)

et de sous-entendus sur lequel elle fonctionne sont intéressants à analyser. En émettant ce tweet, Michel Cymes envoie trois messages. D'une part, le fait de tweeter part du principe d'être lu par d'autres internautes. Les messages émis doivent donc interpeller. Ce message a donc été choisi comme méritant d'être émis. Il implique donc le partage de références communes : la connivence. Dans ce message, l'émetteur exprime, d'autre part, sa désapprobation de renvoyer la ménopause à l'idée de la date limite de consommation habituellement apposée sur les produits pour signifier le jour à partir duquel ils deviennent impropres à consommer. Enfin, en évoquant l'élégance de la remarque du téléspectateur, Michel Cymes souligne, par le moyen de l'ironie, son inélégance. Ce faisant, il convoque toute la charge de la remarque : dans notre contexte c'est lorsque l'individu exprime ce qui est reconnu comme « vrai » qu'on reproche son inélégance. Celle-ci est reprochée du fait de son caractère blessant pour les femmes ménopausées. Sous-entendre que cette remarque peut constituer une raison de se vexer revient à sanctionner son postulat.

Hortense anime un billet d'humour dans l'émission *Les Experts* sur la radio Europe 1. Son billet lors de l'émission consacrée à la ménopause est intitulé : « Vers la porte de sortie! »[294]. Hortense s'y exprime avec un ton comique et ironique, relatant son interaction avec une amie au sujet de la ménopause : « non, mais la ménopause, on a beau me dire ce qu'on veut, ça résonne dans ma tête comme un gros mot! Ménopause égale prise de poids, bouffées de chaleur, suées nocturnes, irritabilité, sécheresse vaginale! Les os qui s'effritent, l'ostéoporose, les petites vieilles qui vont avec, disons que ça fait peur! Pour être un tournant, c'est un tournant, la ménopause ! Alors, je sais pas de quel côté on se tourne, mais on y va et à mon avis, la direction c'est vers la porte de sortie! Alors moi, je vois quand Nathalie me dit ''Hortense, je crois que mes ovaires sont en train de tirer leurs dernières cartouches, je pense être en périménopause'', c'est bien simple, j'ai refusé de la voir pendant 15 jours, j'avais trop peur qu'elle me la refile! (…) Alors Nathalie me répète, magazine à l'appui, que même si le corps change, la vie continue, il y a des médicaments pour mieux vivre sa ménopause, des exercices contre la prise de poids, pour palier les fuites urinaires et des gels contre la.... J'ai dit ''non, arrête Nathalie, ça ne me concerne pas, (…) alors elle me répond, toujours aussi sympa, ''un jour ton tour viendra! À toi aussi ! Tu devrais demander à ta mère à quel âge elle a eu sa ménopause pour pouvoir prévenir la tienne''. Je lui ai dis : ''Nathalie, mais dans quel monde tu vis? S'il y a bien un truc que je demanderais jamais à ma mère, je veux pas savoir, c'est à

[294] Source : http://www.europe1.fr/MediaCenter/Emissions/Hortense/Videos/Vers-la-porte-de-sortie-1077993/, consultée le 03.04.2014

quel âge elle a eu sa ménopause et ce qu'elle met dans son ragout! (rire) » (rire des autres intervenants).

Ce billet d'humeur fonctionne sur plusieurs ressorts comiques, notamment la dramatisation opérée par la juxtaposition répétitive de troubles physiques, l'effet burlesque de l'association de la ménopause à une maladie transmissible, la dimension comique de la révélation de l'intimité. Enfin, l'association antithétique ménopause/ragoût dans la chute du billet repose sur le grotesque : en découle l'idée d'une pratique honteuse que l'on préfère ignorer.

En 2013 a paru une bande-dessinée de Florence Cestac, intitulée *Le démon du soir ou la ménopause héroïque*[295]. L'auteur suit le parcours de son héroïne, Noémie, dans plusieurs albums précédents. Cestac la décrit dans ce nouvel album aux alentours de la soixantaine. Le titre de cette bande-dessinée joue sur l'oxymore : la dichotomie a priori opérée entre ménopause et héroïsme. Ce faisant, il se place d'emblée dans le registre humoristique. À la lecture de l'ouvrage, nous avons pu constater que le terme « ménopause » n'est utilisé que dans le titre. Nous avons recensé cinq sources médiatiques ayant évoqué la sortie de la bande-dessinée. Nous prenons ce discours comme indice de la signification sociale de la ménopause et de l'usage de l'humour à son endroit. Dans les médias, la bande-dessinée de Cestac est perçue comme un moyen de « désamorcer la fameuse crise de la ménopause[296]. « Tabou des temps modernes »[297], la ménopause constituerait « cette étape pas sexy de la vie des femmes »[298]. Les journalistes indiquent que la ménopause est « un sujet jusqu'alors inédit dans la bande dessinée »[299] et on qualifie l'œuvre d' « étonnant album jubilatoire »[300] . Sous leur plume, la description de la ménopause ressemble à celle d'une maladie : elle est ce moment « où le corps vous lâche un peu »[301] et où l'héroïne, « entre deux bouffées de chaleur lui rappelant sa ménopause, attend fébrilement des résultats médicaux pour savoir si elle est

[295] Florence Cestac, *Le démon du soir ou la ménopause héroïque,* Paris, Éditions Dargaud, 2013
[296] Source : http://www.lavie.fr/hebdo/2013/3545-3546/le-demon-du-soir-ou-la-menopause-heroique-par-florence-cestac-06-08-2013-43058_525.php, consultée le 07.10.2013
[297] Source : http://www.franceinter.fr/blog-un-ete-a-lire-le-demon-du-soir-de-florence-cestac-un-bras-d-honneur-a-la-vieillesse), consultée le 07.10.2013
[298] Source : http://www.franceinter.fr/blog-un-ete-a-lire-le-demon-du-soir-de-florence-cestac-un-bras-d-honneur-a-la-vieillesse, consultée le 07.10.2013
[299]Source : http://www.france5.fr/sante/livre/le-demon-du-soir-ou-la-menopause-heroique, consultée 07.10.2013
[300] Source : http://www.letelegramme.fr/ig/loisirs/livres/le-demon-du-soir-ou-la-menopause-heroique-16-06-2013-2138484.php, consultée le 07.10.2013
[301] Source : http://www.franceinter.fr/blog-un-ete-a-lire-le-demon-du-soir-de-florence-cestac-un-bras-d-honneur-a-la-vieillesse), consultée le 07.10.2013

atteinte d'un cancer »[302]. Avec cette bande-dessinée, l'auteur livrerait « une formidable et encourageante leçon de vie »[303]. En effet, abordant la ménopause par le prisme de l'humour, cette œuvre, « bras d'honneur à la vieillesse »[304] constituerait une « explosion de vie, de joie à l'heure de la ménopause qui se révèle libératrice »[305], au contraire de ce que l'on pourrait en préjuger. C'est en faisant usage d'« humour »[306], de « légèreté »[307] et d' « optimisme »[308] que l'auteur y parviendrait. Ces propos véhiculent l'idée que l'usage de ces techniques rhétoriques est indispensable pour parvenir à dépasser le triste moment que constituerait la ménopause pour les femmes.

L'usage de l'humour est également largement souligné dans la présentation du téléfilm *Un si joli mensonge,* diffusé sur la chaîne télévisée France 2, relatant l'histoire d'une femme ménopausée face au désir d'enfant de son nouveau compagnon. Un journaliste évoque la dimension salvatrice de cet usage : « ce n'est pas le sujet le plus glamour qui soit, mais France 2 le traite avec sensibilité et surtout beaucoup d'humour »[309]. La productrice du téléfilm indique, en outre, que l'usage de l'humour a été une des raisons de l'achat du film par France 2 : « la chaîne a adhéré au ton comique, voire loufoque du téléfilm »[310], indique-t-elle. Selon elle, le ressort humoristique permet ainsi de « dédramatiser la question de la ménopause »[311].

L'humour est également utilisé au sujet de la ménopause dans un programme court de l'émission *Le Petit Journal* sur la chaîne télévisée Canal+ : « La revue de presse de Catherine et Liliane ». Ce programme humoristique met en scène deux hommes parodiant des femmes :

---

[302] Source : http://expressbd.fr/2013/06/12/florence-cestac-auteure-de-la-bd-le-demon-du-soir-ou-la-menopause-heroique/, consultée le 07.10.2013

[303] Source : http://www.france5.fr/sante/livre/le-demon-du-soir-ou-la-menopause-heroique, consultée le 07.10.2013

[304] Source : http://www.franceinter.fr/blog-un-ete-a-lire-le-demon-du-soir-de-florence-cestac-un-bras-d-honneur-a-la-vieillesse, consultée le 07.10.2013

[305] Source : http://www.letelegramme.fr/ig/loisirs/livres/le-demon-du-soir-ou-la-menopause-heroique-16-06-2013-2138484.php, consultée le 07.10.2013

[306] Source :http://www.lavie.fr/hebdo/2013/3545-3546/le-demon-du-soir-ou-la-menopause-heroique-par-florence-cestac-06-08-2013-43058_525.php, consultée le 07.10.2013

[307] Source : http://www.franceinter.fr/blog-un-ete-a-lire-le-demon-du-soir-de-florence-cestac-un-bras-d-honneur-a-la-vieillesse, consultée le 07.10.2013

[308] Source : http://www.franceinter.fr/blog-un-ete-a-lire-le-demon-du-soir-de-florence-cestac-un-bras-d-honneur-a-la-vieillesse, consultée le 07.10.2013

[309] Source : http://www.leparisien.fr/espace-premium/culture-loisirs/menopausee-oui-et-alors-28-05-2014-3877567.php, consultée le 06.06.2014

[310] *Ibid.*

[311] *Ibid.*

habillés et maquillés « en femmes », ils interprètent deux secrétaires à leur bureau. Nous retranscrivons le court passage où la ménopause est évoquée[312] :

> *« Liliane (lisant un article de presse à haute voix) : la ménopause n'affecte pas la sexualité…*
> *Catherine : (regard au ciel, reniflant et faisant la moue pour afficher son désaccord) : penses-tu ! » (rires du public).*

Parce que l'humour constitue « un mode d'objectivation des rapports sociaux de genre » (Quemener, *in* Gothuey *et al*., 2012, p. 17), il est intéressant d'étudier les ressorts que ce court programme utilise. D'une part, soulignons la dimension grotesque qui est mise en jeu puisque des ressorts du rire, « le premier est l'échec du corps masculin à incarner le genre féminin. C'est le ressort classique du travestissement, qui fait de la féminité une mascarade » (*Ibid.,* p. 21). Une femme se déguisant en homme ne fait pas montre de ridicule ou de laideur. Un homme se déguisant en femme paraît grotesque. Le second ressort du rire sont les traits associés aux personnages de Catherine et Liliane, maquillées à outrance, affublées de perruques, parées de bijoux, elles présentent les « traits d'une féminité non désirable en des apparences exagérément vulgaires » (*Ibid.,* p. 21). Catherine et Liliane sont, en outre, caractérisées par la bêtise, une grande labilité émotionnelle et un certain mauvais goût. Elles se révèlent également capables de méchanceté, avides de cancans et parfois lubriques. Enfin, présentées dans un bureau, les deux femmes passent leur temps non à travailler, mais à commenter des journaux et des évènements. Dans ce sketch, si la mascarade provoque le rire, le mode d'énonciation de la ménopause le sous-tend tout autant. L'expérience de la ménopause est ici l'objet d'humour. Le ressort du rire est le sous-entendu : la sexualité de Catherine serait largement affectée par la ménopause. Or, le sous-entendu fonctionne à partir de notre imaginaire commun : ce sketch reprend l'idée qu'il va sans dire que la ménopause est une expérience délétère pour la vie sexuelle des femmes.

De ces exemples d'usage de l'humour pour énoncer la ménopause, il nous semble que sont en jeu les représentations associées à la ménopause et la place des femmes ménopausées dans notre contexte social. Jouant sur des représentations partagées, l'humour est le moyen de dire et de mettre la ménopause à distance : « le style humoristique permet rituellement d'aborder ''mine de rien'' un sujet délicat » (Le Breton, 1995, p. 156). Ainsi, l'usage de l'humour au sujet de la ménopause est un indice qu'elle constitue un objet particulier, qui,

[312] Source : http://www.canalplus.fr/c-divertissement/pid3351-c-le-petit-journal.html?vid=932623, consultée le 29.09. 2013

hors du langage médical, nécessite l'outrance pour être évoqué et mis à distance. Nous analysons l'usage de l'humour au sujet de la ménopause comme une des « ressources sûres » (Goffman, 1988, p. 104), c'est-à-dire une « source fiable de messages acceptables » (*Ibid.,* p. 105), au sujet de la ménopause dans un cadre d'énonciation public. Sur la question de la ménopause, « des messages transmis sur un ton non sérieux peuvent être inoffensifs, tout en contenant des propos qui, ordinairement, seraient blessants » (*Ibid.,* p. 110). L'usage de l'humour nous apparaît ici comme un pacificateur, nous indiquant que sur le sujet de la ménopause, « la communication sérieuse pourrait éventuellement mener à l'hostilité ouverte ; la plaisanterie est dès lors sérieusement nécessaire pour maintenir la paix » (*Ibid.,* p. 111, note 3). Nous verrons également dans le chapitre IV, que l'humour est un des procédés rhétoriques dont les femmes rencontrées font usage pour évoquer la question de la ménopause. Nous allons maintenant éclairer un autre registre d'énonciation de la ménopause : l'injure.

B. Stigmatiser et réduire : l'injure comme mode d'énonciation de la ménopause

L'injure est la deuxième forme d'énonciation de la ménopause hors du prisme médical. Notre regard se porte ainsi sur ces espaces d'énonciation de la ménopause mettant en jeu une des manifestations de violence dans le langage : l'injure et dans sa version euphémisée, le sarcasme. Comprenons l'injure comme une « parole offensante » [313]. Du fait de son mécanisme, l'injure nous semble être un lieu fondamental où le sens des choses se véhicule : parce qu'elle appelle l'implicite de références communes, parce qu'elle a une visée qui dépasse l'échange d'informations pour constituer l'intention de provoquer une réaction désagréable pour celui à qui elle est adressée, l'injure est le lieu d'une triple l'expression : expression de représentations sociales ancrées, expression de la position du locuteur et de celle du destinataire. En ce sens, loin d'être un objet trivial, elle nous apparaît comme un lieu inédit de riches significations.

Le terme « ménopause » et des termes tirés de son champ lexical sont utilisés au titre du sarcasme, voire de l'injure. Nous avons été confrontés à l'injure, notamment lors de notre terrain. Ainsi, une interviewée nous a expliqué que son conjoint lui a sèchement demandé un jour : *« t'as tes vapeurs ou quoi? »* (pour évoquer les bouffées de chaleur) ; une jeune femme en reprise d'études a évoqué la sortie d'un homme plus jeune qu'elle pour souligner son âge plus avancé que la moyenne des autres étudiants : *« t'es en préménopause alors ! ».* Le terme

[313] Définition tirée du dictionnaire *Le Petit Robert*, 2010

« ménopause » ne requiert pas forcément l'utilisation associée d'un adjectif péjoratif : l'énoncer constitue bien, *en soi,* un moyen de porter atteinte à son interlocuteur. D'autres interviewées ont évoqué les insultes qu'elles ont entendu, telle *« espèce de vieille peau ménopausée, va !»* ou dont elles ont pu être l'objet, tel le *« sale ménopausée »* que le conjoint d'une interviewée a adressé à celle-ci au cours d'une dispute conjugale. Nous nous trouvons-là face à l'utilisation au sein d'un rapport de force, du statut de ménopausée ou d'attributs associés à la ménopause, en vue de blesser son interlocuteur, en le contraignant « à contempler une réalité qui le discrédite et dont on use comme d'un moyen de pression » (Goffman, 1975, p. 95). Les femmes qui nous ont fait part de certains de ces énoncés, sarcasmes ou injures, nous ont indiqué que les locuteurs en étaient des hommes, qu'elles ont été atteintes par ces énoncés, qu'ils leur soient adressés ou énoncés devant elles à l'adresse d'une autre femme, comme l'illustrent les propos de Roselyne :

> *« au boulot, on entend les mecs, qui disent des vacheries du style : ''ah, c'est la ménopause qui te magne !'', des petites vannes. Ils cherchent le truc pour vexer une femme, lui dire '' ah t'es ménopausée, t'as vu, t'es vieille !'' » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire)*

Dans le même sens, lors de son observation dans des blocs opératoires, la sociologue Emmanuelle Zolesio est témoin de cette interaction entre une infirmière et un chirurgien : « dès le début de l'intervention, l'instrumentiste demande à baisser la température de la salle, le Pr Petit : ''c'est déjà la ménopause ? !'' (elle se justifie et rappelle qu'elle a 35 ans) » (Zolesio, 2009, p. 125)

Nous pouvons explorer ces sarcasmes et ces injures comme lieu d'une triple expression. S'expriment, tout d'abord, des représentations sociales ancrées, parce qu'elles n'ont pas besoin d'être explicitées pour être comprises par tous : elles vont de soi. Est également en jeu l'expression de la position du locuteur dans un jeu de pouvoir où il s'arroge une position dominante. Enfin, l'expression du destinataire s'y lit, en ce que sa réaction à l'injure proférée est signifiante. S'il réagit, c'est qu'il partage le système de références du locuteur, comme l'illustrent les propos d'Inès :

> *« je vois bien les types avec qui je travaille, ils se foutent de…Ils ont la dent dure. Quand il y a une bonne femme qui entre dans l'agence, ils disent ''ah, qu'est-ce que c'est que cette vieille peau ménopausée ?!''. Ça veut tout dire, hein ? » (Inès, 59 ans, agent immobilier).*

Ainsi, la ménopause comme support de l'injure est un registre d'énonciation dont les représentations sont largement incorporées par les femmes qui en sont elles-mêmes l'objet.

Or, « nous sommes à ce point des êtres sociaux que même notre physique est transformé (ou plutôt formé) par le discours – par la somme des mots qui s'accumulent en nous » (Wittig, 2001, p.133). Ainsi, l'usage de la ménopause comme opérateur de l'injure possède une efficacité qui s'imprime dans les schèmes d'appréhension du monde et dans les corps. L'injure constitue un espace dans lequel « une personne se trouve immédiatement réduite à une expression stigmatisée de son identité » (Bereni *et al*., 2012, p. 298). Plus encore, l'injure opère comme réduction identitaire car « elle vise à condenser et précipiter une multiplicité de traits en un seul, naturalisé et pris pour cible » (*Ibid.*).

Le fait qu'hors de la rhétorique médicale, la ménopause soit l'objet d'une énonciation qui passe par l'usage de l'humour et de l'injure met au centre la question du pouvoir. Ces registres d'énonciation possèdent, en effet, une efficacité : « employer un mot, l'écrire ou le parler, a sur la réalité matérielle un impact, un effet, comparable à celui d'un outil sur un matériau. Un mot agit par sa matérialité (…) Si minime que soit cette action, par la réaction qu'elle provoque, elle opère une transformation (mais ce peut-être également une énorme transformation). Chacun de nous est la ''somme'' des transformations effectuées par les mots » (Wittig, 2001, p. 133). Est en jeu, le pouvoir de caractériser l'expérience de la ménopause et d'assigner aux femmes ménopausées une certaine place au sein de l'espace social. La performativité du langage se fait jour, en ce que ces procédés opèrent comme catégorisation. Ils tendent, en outre, à annuler tout dispositif de discours alternatif. Humour et injure mettent en jeu l'interlocution comme lieu de construction de hiérarchies. En ce sens, ils sont des espaces de production du genre.

Le discours médiatique constitue un relais culturel du discours médical au sujet de la ménopause. Il met en scène la ménopause à partir des schèmes médicaux. Dans l'espace médiatique, le cadre médical d'appréhension de la ménopause fonctionne comme cadre de bienséance. Hors de ce prisme, les seuls registres d'énonciation de la ménopause dans le discours médiatique sont l'humour et l'injure. La construction de la ménopause s'opère dans un autre relais culturel du discours médical, la publicité, à laquelle nous allons maintenant nous intéresser.

2.2 La ménopause comme substrat de consommation : la production du genre dans le dispositif publicitaire

Dépassant largement la seule satisfaction des besoins primaires, l'acte de consommer constitue aujourd'hui « un mode actif de relation (non seulement aux objets mais à la collectivité et au monde), un mode d'activité systématique et de réponse globale sur lequel se fonde tout notre système culturel » (Baudrillard, 1968, p. 275). Cette activité façonne l'inscription de l'individu au sein du monde. Consommer signifie, en effet, entrer dans « un ordre de significations, *comme le langage* » (Baudrillard, 1970, p. 110), dans un espace qui possède sa grammaire, sa structure syntaxique et son système de valeurs.

Au sein du système marchand, la publicité, définie comme « le fait d'exercer une action sur le public à des fins commerciales, le fait de faire connaître un produit et d'inciter à l'acquérir »[314], joue un rôle majeur : sur elle repose, non seulement, la mise en scène des possibles à consommer par l'individu, mais, plus encore, elle constitue un espace de narration normative. Signe de notre imaginaire, le discours publicitaire véhicule tout autant nos représentations sociales qu'il les façonne : « la publicité n'est pas une seule et simple information économique, assurant un unique lien fonctionnel mais aussi un miroir social, exerçant une fonction normative en tant qu'elle est un lieu d'exposition du monde, des cultures, des modes de vies, des statuts, des pôles, des stéréotypes, des façons de penser et de se comporter » (Sacriste, 2001, p. 492). Au-delà des fantasmes avec lesquels il joue, le pouvoir du discours publicitaire réside dans la répétition d'images par un prisme unique qui travaille à sa propre objectivation : cette répétition finit par normaliser les représentations et les désirs. Reposant sur des stéréotypes, reproduisant les inégalités de sexe (Goffman, 1977), la publicité participe largement du genre : « la société de consommation a rendu les femmes plus vulnérables aux pressions pour se conformer au modèle dominant de la féminité, elle a créé des divisions entre les femmes et produit des mécanismes nouveaux de marginalisation et d'exclusion » (Löwy, 2006, p. 39).

C'est par l'étude des publicités vantant des produits élaborés à l'attention des femmes en période de ménopause que nous envisageons cette question. La finalité des produits élaborés au sein d'un contexte social pour être consommés par les individus est chargée de significations : ils sont le reflet du système de valeurs qui traversent une société. Le système

[314] Définition tirée du dictionnaire *Le Robert*, 2010, p. 2040.

des objets produit et organisé par notre culture se fonde sur une classification binaire reposant sur la dichotomie féminin/masculin : les produits destinés aux premières et aux seconds diffèrent, en termes de fonction, et partant, en termes de sens. Ils disent quelque chose de ce que doivent être une femme et un homme dans notre contexte social. Comme les autres périodes de la vie, la ménopause se trouve prise dans le faisceau consommatoire : elle est intégrée comme moment d'un désir particulier, auquel répond toute une panoplie de produits élaborés à destination des femmes ménopausées. Dans notre contexte social, l'expérience de la ménopause passe donc aussi par la consommation. Trois types de produits proposés aux femmes en période de ménopause se distinguent largement : les cosmétiques, les compléments alimentaires et les produits d'hygiène. Les énoncés élaborés par la publicité dans les journaux, à la télévision et sur les supports des produits (boîte, contenant, notice) ainsi que les codes discursifs et visuels utilisés vont nous intéresser. Ces discours et ces images fonctionnent tout à la fois comme production d'une norme idéale et, en creux, comme stigmatisation du réel. Si la variété des univers des marques semble prévaloir de prime abord, (en termes de positionnement, de références, d'usage des images…), l'analyse montre que les ressorts de leurs discours sont identiques. De ce fait, le discours publicitaire est à comprendre globalement, comme un faisceau de signes qui se répondent pour nourrir une idéologie identique. Sous des identités visuelles et sémantiques variés, les marques élaborent un discours univoque.

2.2.1 Le corps nécrosé de la ménopause dans les publicités pour cosmétiques

Le discours publicitaire des marques de cosmétiques constitue le principal producteur de discours à l'attention des femmes ménopausées. Dans le champ des cosmétiques, (crèmes pour le visage, le contour des yeux et le cou, sérums, ainsi que crèmes pour le corps à destination de femmes à partir de la période de la ménopause), l'énonciation de la ménopause comme cible et argument commercial est relativement nouveau : le terme « ménopause » est utilisé dans la publicité depuis les années 2010. Nous nous sommes concentrés sur ce discours particulier et n'incluons pas dans notre analyse les produits destinés aux *« peaux matures »* ou *« Anti-âge »* qui nous auraient entraînés dans la problématique plus large du vieillissement. Certaines marques utilisent, depuis peu, le terme « ménopause » dans l'appellation même de leur produit ou gamme de produit : *« Age Perfect. Soin Hydratant Re-Substanceur. Innovation Ménopause »* (L'Oréal), *« Traitement Amincissant Ménopause »* (Somatoline), *« La peau*

idéale n'est plus un rêve après la ménopause. Neovadiol Magistral. Baume densifieur » (Vichy). D'autres indiquent dans la présentation du produit qu'il s'adresse aux femmes à cette période : *« Dès la ménopause »* (Vichy, Neovadiol Gf), *« Spécialement adapté aux besoins de la peau durant la ménopause »* (Cure intensive 05, Dr Hauschka). D'autres, enfin, procèdent par euphémisation et passent le terme sous silence, tout en utilisant des indices segmentant en termes de population, tels que l'âge ou la référence au déséquilibre hormonal : *« 50 ans + Anti-rides densité. Rééquilibrage hormonal »* (Clarins), *« Arkéskin. Crème correctrice des effets du vieillissement cutané hormonal »* (Liérac). Ce type de discours s'appuie sur le registre de l'organicité, sous-tendu par un discours médical vulgarisé. Sur la notice du produit *« Age Perfect »* de L'Oréal on peut ainsi lire : *« à la ménopause, la peau est moins bien irriguée en œstrogènes et au cours des 5 années qui suivent, elle peut perdre jusqu'à 30 % de sa substance. Innovation : Le 1er soin Re-Substanceur Age Perfect de L'Oréal Paris qui se comporte comme une source de jeunesse pour la peau ménopausée et péri-ménopausée ».* Reposant sur une forme d'essentialisation, ce discours met en exergue une « peau ménopausée » et saisit la période de la ménopause comme moment de basculement pour les femmes. Les publicités des différentes marques s'ébauchent, en effet, sur un canevas commun, un invariant : la ménopause constitue une destruction du corps. Cette représentation fonctionne comme postulat de chaque élément de discours. Les différents champs lexicaux utilisés inscrivent ainsi les femmes ménopausées au sein d'un processus de dégradation, dont la peau est l'enjeu majeur : *« à la ménopause, la carence en œstrogènes altèrent les fonctions cutanées , elle entraîne un amincissement de l'épiderme et un relâchement de la peau »* (Substiane +, La Roche-Posay), *« La peau s'assèche et se relâche »* (Age Perfect, L'Oréal), *« à la ménopause, le tissu de soutien de la peau s'appauvrit »* (Vichy, Neovadiol Gf). Elle est le lieu de l'imperfection : *« la ménopause est une période où la peau présente rougeurs et taches pigmentaires »* (Cure intensive 05, Dr Hauschka), *«La peau prend un aspect rugueux et se fripe. Des taches brunes peuvent apparaître »* (Age Perfect, L'Oréal). Ce discours saisit de manière systématique la peau ménopausée comme lieu d'une flétrissure.

Au-delà de la seule qualité de la peau, son contour est objet d'attention : *« les zones du bas du visage se relâchent »* (Age Perfect, L'Oréal), *« Pommettes modelées, ovale ajusté »* (Vichy, Neovadiol Gf). La peau des femmes ménopausées se voit, de facto, incluse dans un système unidimensionnel de la négativité. Ainsi, les termes choisis pour vanter les résultats des crèmes pour le visage décrivent, en creux, l'image de la peau ménopausée comme largement fanée : *« défroisse»* (Age Perfect, L'Oréal,), *« effet revitalisant »* (Vichy,

Neovadiol Magistral). Le discours alimente l'imaginaire du défaut à partir la ménopause, qu'il s'agirait de pallier grâce à ces produits. Ces assertions ne sont, en effet, pas de simples constats : à elles s'agrègent l'injonction au changement. Ainsi, les publicités enjoignent les femmes à se faire maître d'œuvre d'un espace cutané présenté comme lieu du ravage, à l'aide de leurs produits. Pour ce faire, le champ lexical de l'action est convié : *« stimuler »* (Vichy, Neovadiol Gf), *« corriger les déficiences et lutter contre le relâchement »* (Substiane +, La Roche-Posay). L'imaginaire de la reconstruction est traversant : *« une reconstruction structurée de la peau »* (Vichy, Neovadiol Gf). Les verbes et substantifs se voient systématiquement employés avec le préfixe « -re », qui indique une action de recommencement : *« Soin densifieur reproportionnant »* (Vichy, Neovadiol Gf), *« régénérer »* (Cure intensive 05, Dr Hauschka), *« redensifier la peau »* (Substiane +, La Roche-Posay), *« restaure l'intégrité cutanée »* (Arkéskin, Liérac), *« restaurer les proportions du visage »* (Vichy, Neovadiol Gf). L'emploi de ce préfixe construit le corps ménopausé comme lieu d'un évènement destructeur enjoint à une restauration.

Enfin, le champ lexical de l'effacement est convoqué. Il s'agit, en effet, de cacher les traces qui diraient la ménopause. L'avènement du corps ménopausé est ici à annuler : *« faire régresser les taches pigmentaires »* (Cure intensive 05, Dr Hauschka), *« combattre les amas graisseux »* (Traitement amincissant ménopause, Somatoline). Les femmes sont sommées d'effacer la marque sur la peau. Cette rhétorique propose une modalité de rapport au corps de type entrepreneuriale : les femmes sont enjointes à se faire entrepreneur de son propre corps, laissant à la culpabilité celle qui se refuse à l'action. En creux, ce sont des représentations de nécrose qui sous-tendent ce discours : la peau ménopausée y apparaît comme manque en défaut de vie. Un spectre mortifère parcourt ce discours qui construit les femmes ménopausées comme individu dont la peau perd chaque jour un peu plus de vie par ses pores.

Le discours publicitaire est également sous-tendu par l'imaginaire de la perte de féminité, voire la masculinisation du corps à la ménopause.

2.2.2 Perte de féminité et masculinisation du corps comme ressort de consommation

Dans le discours publicitaire des marques de compléments alimentaires, le terme « ménopause » apparaît dans l'appellation même de la gamme ou du produit : *« Ménofémina », « Ménophytea »* sont les noms de gammes de produits. Lorsqu'il n'est pas

spécifié, l'âge fonctionne comme indice : *« comment Rester Mince et Séduisante après 45 ans ! » «Femme 45+, ventre plat»* (Oenobiol).

Dans ce discours publicitaire, le corps ménopausé se voit pris en défaut de féminité. La référence à la féminité traverse, en effet, le discours des compléments alimentaires. La notion de féminité s'inscrit dans l'appellation même de certains produits : *Ménofémina,* (Vitarmonyl), *« Manahé Féminité- bouffées de chaleur, anti-fatigue éclat de la peau-complément alimentaire aidant à diminuer les désagréments liés à l'installation de la ménopause », « Les 3 Chênes, Patch Ménopause - Féminité ! », « ménopause féminité retrouvée (Belle&Bio »), « Complexe Féminité de Fleurance Nature, Formule complète pour passer sereinement le cap de la ménopause »*[315]. L'usage du terme « féminité » associé à la ménopause fonctionne comme un oxymore, une antithèse performative. La répétition du couple « féminité » et « ménopause » finit par faire système. Elles véhiculent, en creux, l'idée que la ménopause et les symptômes associés éloigneraient du féminin. Cette référence pose la féminité, non seulement comme un élément réinterrogé à la ménopause, mais plus encore comme un lieu dont elles sont exclues. Dans ce sens, certaines marques jouent, sans ambages, avec le fantasme de la masculinisation du corps à la ménopause : *« L'apparence change, tend à se masculiniser. Difficile de se reconnaître avec cette nouvelle silhouette qui nous échappe »* (Ménophytea). L'image que ce discours construit de la féminité fonctionne comme un miroir inversé : « féminité » sonne ici comme l'opposé de l'expérience ménopausique. Opérant sur le postulat qui met en équation féminité et fertilité, ce type de discours nourrit les représentations d'une éviction de la féminité à la ménopause. L'apposition des termes « féminité » et « ménopause » s'ancre dans l'imaginaire du défaut de féminité chez les femmes à partir de la ménopause et crée, de fait, un lien de significations particulier. Au sein de cette apposition simple se construit du sens : le mouvement d'exclusion de la féminité à partir de la ménopause d'une part, et d'autre part, l'injonction au traitement d'un corps jugé défaillant. La féminité devient alors un élément concret, quantifiable et absorbable : fonctionnant sur un mécanisme de pensée magique, la prise de ces compléments alimentaires confèrerait une dose de féminité aux individus qui en seraient fondamentalement manquants. Un certain type de féminité est ici posée en valeur univoque et évidente.

[315] Voir les images en annexe, planche 6. Nous retrouvons également cette référence à la féminité pour d'autres types de produits destinés aux femmes ménopausées, tels des protège-slips pour les fuites urinaires: *« aborder la ménopause en toute féminité »* propose ainsi la marque Always

Ce discours construit également l'entité ménopausée comme lieu d'une destruction. Le caractère holistique du bouleversement de la ménopause apparaît également dans une publicité télévisuelle, qui fait intervenir une femme tenant ces propos : *« C'est vrai, la ménopause bouleverse tout. Avec Yméa +, Ménopause + silhouette, j'agis naturellement sur les désagréments de la ménopause. Et en plus, sur les gonflements et la silhouette ».* Ce qui nous intéresse particulièrement dans celui-ci est sa première affirmation : *« C'est vrai, la ménopause bouleverse tout ».* D'une part, en affirmant sa propre véracité, cette assertion dénie au spectateur tout espace de questionnement, de mise en perspective et de prise sur le réel. D'autre part, en posant l'équation ménopause et bouleversement du tout, cette assertion ramène les femmes au seul biologique : elle fait des cycles hormonaux l'unique substrat de l'expérience féminine. Pratiquement, la ménopause se voit réduite à des manifestations physiques indésirables et la femme ménopausée à un individu négativé. Dans le même sens, le discours publicitaire de la marque Fleur de Bach, spécialisée en aromathérapie, s'adresse ainsi aux femmes en période de ménopause, dans un publi-communiqué :

> *« si la ménopause est un passage incontournable dans l'existence de toutes les femmes, elle peut parfois s'imposer comme un véritable bouleversement hormonal et psychologique qui, parfois, déstabilise à la fois le corps et l'esprit. Pour accueillir et vivre cette étape de la vie sans crainte ni préjugé, les Fleurs de Bach Original peuvent être une aide précieuse lorsqu'il s'agit d'accepter les changements de son corps, de conserver tonus et énergie ou encore d'éviter stress, déprime et nervosité. (...) certaines émotions et symptômes physiques sont récurrents durant cette période importante de la vie. Dans ce cas, 5 essences Fleurs de Bach Original sont donc fréquemment recommandées : l'essence Fleurs de Bach Original Honeysuckle, quand les regrets de la vie passée empêchent d'envisager l'avenir. L'essence Fleurs de Bach Original Crab Apple, quand l'estime de soi et de son corps sont menacées. L'essence Fleurs de Bach Original Hornbeam, quand la ménopause génère lassitude et épuisement. L'essence Fleurs de Bach Original Impatiens, quand l'irritabilité gâche la vie sociale et familiale. L'essence Fleurs de Bach Original Walnut, quand l'adaptation au changement est difficile et entraîne stress et anxiété ».*

Ce discours inscrit les femmes, physiquement et psychologiquement, dans le manque et la détresse. Surtout, il opère une réduction systématique des femmes ménopausées au changement physiologique, construit comme opérateur nodal de leur rapport au monde. Ce discours participe de la construction de la mythologie de la femme hormonale : celle d'un individu défini, bien plus largement que les hommes, par une essence hormonale. Il nourrit l'image d'une femme soumise à ses émotions et au cycle de la fertilité, largement en proie à l'instabilité de son corps.

Cet ensemble de discours publicitaires constituent tout autant des signes de notre imaginaire qu'ils sont producteurs de signes. S'ils décrivent des représentations et des fantasmes qui opèrent dans notre contexte social, ils construisent dans le même temps un système de sens : le corps ménopausé y apparaît non désirable et non acceptable. Ce qu'il est devenu et qui le constitue est à bannir : *« Le temps passe… mais je reste la même »* (Oenobiol), *« chaque femme traverse la ménopause à sa façon, plus ou moins facilement, et se pose à chaque fois les mêmes questions sur les transformations qu'elle subit pendant cette période. Une seule certitude : la volonté de ne pas changer, de rester celle que l'on est »* (Ménophytea). Le corps ménopausé doit, non seulement, ne pas être laissé en l'état, mais les transformations qui le traversent doivent être vivement et constamment combattues. Pour les femmes ménopausées, le corps du présent, dans son actualité au monde, n'est pas à investir de manière positive : il est à nier. C'est, in fine, le retour du même qui est enjoint aux femmes.

La répétition incessante de ces discours n'est pas sans effet. Les individus sont ainsi soumis de manière permanente à ces messages qui finissent par produire un scenario pour « la femme ménopausée » : les publicités dans les magazines et à la télévision, sur internet, dans la rue, et les magasins, sur les produits fonctionnent, en effet, comme des espaces narratifs qui reproduisent à l'infini l'histoire de « la femme ménopausée » dont les péripéties reposent sur sa propension à travailler son corps. Le discours publicitaire joue sur des leviers affectifs forts et participent, ce faisant, du réseau de significations dépréciatives qui s'adressent aux femmes ménopausées dans notre contexte social. Construisant le corps ménopausé comme lieu de la nécrose, il nourrit, en outre, les représentations d'une éviction de la féminité à la ménopause. En ce sens, ce discours participe pleinement de la production du genre.

Le paradigme médical constitue la matrice de la construction de la ménopause, mise en scène dans les médias et la publicité. Le discours médical et sa mise en scène tendent à « réassurer le primat du biologique et à conforter la soumission de la femme à l'ordre corporel. Les hormones sont ainsi les véritables clés pour expliquer les comportements » (Détrez et Simon, 2006, p. 187). La multiplication de ce discours sur divers supports (magazines papier et sur internet, affiches et films publicitaires) participe d'une essentialisation des expériences des femmes. Nous allons voir maintenant que le discours psychanalytique, fonctionne à partir des mêmes stéréotypes véhiculés par le discours médical et ses relais culturels.

2.3 Le discours psychanalytique sur la ménopause ou la psyché comme double de la biologie

Si la question de la ménopause ne constitue pas l'objet de pensée prépondérant de la psychanalyse à ses débuts, elle n'en est, pour autant, pas totalement ignorée. Freud l'évoque peu (Delanoë, 2001), mais dans la seconde moitié du XXe siècle, Hélène Deutsch aborde de manière précise ce qu'elle considère comme un tournant dans la vie des femmes. De nos recherches, il ressort que la ménopause constitue à l'heure actuelle un sujet toujours peu abordé par les psychanalystes dans leurs écrits. Nous avons, toutefois, pu analyser quelques ouvrages et articles écrits depuis les années 1990 qui portent directement sur la ménopause ou l'évoquent de loin.

Pour aborder la question de la ménopause dans le discours psychanalytique, il nous faut, tout d'abord, contextualiser ce discours. La pensée psychanalytique et ses grands concepts, s'ils ont leurs détracteurs, constituent un prisme d'appréhension de l'individu particulièrement prégnant dans notre contexte social. Dans notre contexte social, le système conceptuel de la psychanalyse constitue un paradigme de pensée fondamental : étapes de la maturation psychique (complexe d'Œdipe), mécanismes de l'inconscient (rêves, lapsus, actes manqués) et organisation de la psyché (moi, surmoi, ça) opèrent comme référents dans l'imaginaire et le langage commun. La théorie psychanalytique est, en outre, au programme du cours de Philosophie en classe de terminale au lycée, ce qui participe de sa légitimation. Or, en tant que théorie, la psychanalyse est sous-tendue par des normes spécifiques et elle véhicule certaines valeurs. La manière dont elle met l'individu en sens constitue une certaine mise en ordre des êtres et des choses, et partant, du monde. Non pas simple description, la psychanalyse constitue l'inscription sur les individus de concepts historiquement et culturellement situés. Ainsi, nous analysons ce discours en tant qu'objet social.

La question de la ménopause, analysée comme perte, apparaît comme « un catalyseur d'angoisse chez Freud » (Delanoë, 2001, p. 92). Plus précisément, Freud établit un parallèle entre ménopause et puberté : « une jeune fille inhibe son désir parce que c'est trop tôt et une femme en ménopause parce que c'est trop tard »[316]. Delanoë relève que l'on doit à Hélène Deutsch le recueil d'un matériel clinique important sur la ménopause et une théorisation de la

[316] Deutsch citée par Marie-Christine Laznik, *L'impensable désir : sexualité et féminité au prisme de la ménopause,* Paris, Éditions Denoël, 2003, p. 227

ménopause. La psychanalyste aborde la question de la ménopause dans son ouvrage *La psychologie des femmes* en 1945. Deutsch la décrit comme « une perte narcissique massive » (Delanoë, 2001, p. 95). Elle appréhende cette question par le prisme de la perte essentielle : selon elle, « la ménopause se passe sous le signe d'une humiliation narcissique qu'il est difficile de surmonter. La femme perd alors tout ce qu'elle avait reçu à la puberté. Quand les processus génitaux commencent à régresser, l'activité embellissante des sécrétions internes décline et les caractères sexuels secondaires sont affectés par la disparition progressive de la féminité »[317]. Le discours de Deutsch reprend les catégories du discours médical : la ménopause est mise en sens sous forme du problème, caractérisée comme déficience et perte de féminité. Ce discours nourrit la définition du féminin à partir de la fécondité et la maternité: à la ménopause, « la femme a terminé son existence en tant que créatrice d'une vie nouvelle, elle a atteint sa fin naturelle, sa mort partielle, en tant que servante de l'espèce. (…) Avec la disparition du service reproducteur s'évanouit sa beauté, et aussi en général l'émanation vivante et chaude de la vie émotionnelle féminine »[318]. Le caractère délétère de la ménopause est construit comme global. Sous la plume de Deutsch, elle constitue une période critique pour l'équilibre psychique des femmes : « les processus psychologiques de la ménopause semblent être un appel au secours »[319]. Pour la psychanalyste, la ménopause opère comme élément catalyseur de dépression, d'épisodes mélancoliques et de réactivation de pulsions homosexuelles. En outre, Deutsch dépeint l'état ménopausique en termes d'absence de création : « la réalité est devenue réellement pauvre en prouesses, et la résignation sans compensation est souvent la seule solution »[320]. Ce discours alimente, ce faisant, les représentations d'absence d'autonomie pour les femmes. Il fonctionne comme négation : à partir de la ménopause, les femmes sont niées en tant que sujet, actrices de processus créatifs dépassant largement les questions de fécondité et de maternité, douées d'une liberté et d'une raison, et ni plus ni moins sujettes au corps que les hommes.

Ce prisme d'analyse essentialisant se retrouve chez Erikson au milieu du XXe siècle. Au sujet du désir d'enfant chez les femmes, le psychanalyste explique que « le vide est la forme féminine de la perte… être laissée signifie, pour elle, être laissée vide, s'écouler par le sang de son corps, la chaleur de son cœur, la sève de la vie. Qu'une femme puisse être si profondément blessée est un mystère pour beaucoup d'hommes (…) Une telle blessure peut-

[317] Hélène Deutsch, *La psychologie des femmes*. Paris, PUF,1987, p. 392
[318] *Ibid.,* pp. 394-395
[319] *Ibid.,* p. 395
[320] *Ibid.*

être à nouveau ressentie à chaque menstruation, c'est un cri vers le ciel en signe de deuil d'un enfant et cela devient une cicatrice permanente à la ménopause » (cité par Lock, 1993, p. 335, notre traduction).

Ce type de discours n'est pas le témoin d'une époque révolue. La définition du féminin à partir de la fécondité et de la maternité et l'image de la ménopause comme perte essentielle existent dans le discours psychanalytique actuel. La psychanalyste Madeleine Gueydan consacre en 1991 un livre à la ménopause : *Femmes en ménopause*. Si, dans son analyse, Gueydan fait l'hypothèse que le temps de la ménopause peut être celui d'une élaboration secondaire pour l'individu, « la pathologie grave, la mélancolie menacent toujours la femme » (Delanoë, 2001, p. 100). La psychanalyste associe ainsi pleinement féminité et fécondité, vacuité et stérilité : « la femme vieillissante affronte une nouvelle fois, dans cette disparition des corps, son semblant d'existence ; elle doit reconstruire son identité, le signifiant femme s'avérant définitivement manquant puisqu'il ne peut plus se soutenir de celui de mère (…). C'est la dernière des castrations ; les blessures antérieures, sevrage, absence de pénis, règles, accouchements, se sont révélées être, après coup, des séparations qui débouchaient sur le désir et le plaisir de la vie ; mais ici, maintenant, c'est le génie même de métabolisation des séparations quelles qu'elles soient qui est atteint. (…) Que va devenir la réalité psychique, construite autour de la vacuité féminine, maintenant qu'il faut renoncer à cet aven fertile ? » (Gueydan, 1991, p. 92). Selon Gueydan, la question « ''à quoi est-ce que je sers maintenant ?'' » constituerait la question féminine essentielle à la ménopause, « l'arrêt des règles n'étant que le prétexte à cristalliser la question, déjà présente par le départ des enfants » (Gueydan, 1991, p. 216). Essentialisant, ce discours construit la ménopause comme le glas de la féminité du fait d'une psyché féminine définie par la maternité et la relation de maternage.

Ce prisme d'appréhension sous-tend largement les écrits de psychanalystes actuels, tel. *L'impensable désir : sexualité et féminité au prisme de la ménopause* de Marie-Christine Laznik. Avec pour référence la théorie freudienne de la psyché et les travaux de Jacques Lacan, le discours de Laznik est sous-tendu par un procédé d'essentialisation. Elle pose, d'une part, « l'identité féminine »[321]. Pour la psychanalyste, cette identité consiste à être la « maîtresse excitante de son mari tout en étant l'instance apaisante de son bébé »[322]. Dans la relation sexuelle, forcément hétérosexuelle, c'est par l'idée d'un manque que « la-femme »

[321] Marie-Christine Laznik, *L'impensable désir : sexualité et féminité au prisme de la ménopause,* Paris, Éditions Denoël, 2003, p. 10
[322] *Ibid.,* p.11

séduirait l'homme : « ce qui permet au désir de l'homme de perdurer n'est pas la brillance des réussites de sa compagne, (…), mais bien son manque »[323]. Si « la-femme » se constitue par le manque, l'homme est qualifié par la psychanalyste « d'Autre nanti »[324]. La psychanalyste pose « la dissymétrie nécessaire à l'économie du désir dans un couple »[325]. Elle affirme, en outre, que « pour qu'une femme, à tout âge, puisse jouir sexuellement, les psychanalystes savent qu'elle doit laisser cohabiter dans son esprit le fantasme de la mère et celui de la putain »[326]. L'identité féminine serait fantasmatiquement constituée de manière dichotomique et contradictoire entre une figure de maternité pure et une figure de sexualité amorale. L'idée d'une différence essentielle et hiérarchisante se retrouve également chez Bélot-Fourcarde qui pose que « pour l'homme prévaut l'universel (…) Il est donc logique qu'il ait quelques prédispositions légitimes à la rationalité (…). Pour la femme, pas de linéarité : la courbe lui confère son style. Le temps qui l'avait lancé dans la sexualité et la procréation au dernier cycle se boucle »[327].

Si Bergeret-Amselek nomme la ménopause « épreuve de féminité »[328], Laznik la pense comme « naufrage de la féminité »[329]. Cette dernière se fait vœu de « penser la catastrophe de la féminité au moment de la crise du milieu de vie »[330] et d'« entrevoir plus aisément les ravages que provoque, chez certaines femmes, ce moment de crise du milieu de vie où tout bascule »[331]. Elle ancre cette période construite comme catastrophe dans le trouble psychologique : un moment de « dépersonnalisation »[332] pour une femme car « ce sont ses papiers d'identité de femme, et de mère, qui lui sont ôtés »[333]. Bélot-Fourcade use d'une autre métaphore au sens proche, évoquant « ce viatique que constituait son être féminin »[334] et qu'une femme perd à la ménopause.

---

[323] *Ibid.,* p.10
[324] *Ibid.,* p.50
[325] *Ibid.,* p.11
[326] *Ibid.,* p.12
[327] Pascale Bélot-Fourcade, *in* Bélot-Fourcade Pascale *et al*., *La ménopause, regards croisés entre gynécologues et psychanalystes,* Paris, Éditions Erès, 2004, p. 108
[328] Catherine Bergeret-Amselek, *La femme en crise ou la ménopause dans tous ses éclats,* Desclée de Brouwer, 2005, p.15
[329] Marie-Christine Laznik, *L'impensable désir : sexualité et féminité au prisme de la ménopause, op. cit.,* p.220
[330] *Ibid.,* p.72
[331] *Ibid.,* p.81
[332] *Ibid.,* p.104
[333] *Ibid.,* p.104
[334] Pascale Bélot-Fourcade, *in* Bélot-Fourcade Pascale *et al*., *La ménopause, regards croisés entre gynécologues et psychanalystes, op. cit.,* p. 112

Du point de vue de l'argumentation, tout d'abord, Laznik tente de convaincre en utilisant des procédés peu exigeants : elle fait référence à l'expertise particulière de son domaine, « les psychanalystes savent »[335], à la bonne foi commune, « de tout temps »[336], « en témoigne le savoir populaire »[337], à l'opinion partagée ayant valeur de vérité, « dans l'opinion masculine »[338], « il est fréquent que »[339], ainsi qu'à la généralisation. Outre la pauvreté argumentative, nous remarquons l'absence de contextualisation et le recours à des concepts psychanalytiques toujours déjà là : elle se réfère ainsi largement à l'idée de l'humiliation de la petite fille devant « son manque de pénis » et au complexe d'Œdipe. Son analyse appréhende la psyché individuelle comme éternelle et les relations de manière a-historique et a-sociale. L'essentialisation du féminin est énoncée par un supposé « être de femme »[340]. En outre, le recours aux mythes (Œdipe, Jocaste, Diane, Zeus et Europe) comme instruments d'analyse achève d'ancrer la construction de « la femme ménopausée » comme figure atemporelle et universelle. Enfin, pour exemplifier son propos, Laznik a recours à des personnages de contes qui constituent des figures de méchanceté et de jalousie. D'une part, la belle-mère de Blanche-Neige, laquelle « s'adresse à un grand Autre désincarné, pure instance, que ce miroir doté d'une voix grave, masculine, imaginarise bien »[341]. Elle prend, d'autre part, la figure de Cruella d'Enfer tiré des *101 dalmatiens*[342], femme vieillissante à la chevelure moitié noire, moitié blanche, qui souhaite s'approprier la peau de jeunes chiens pour s'en faire des manteaux. Dans un article de 2013, une autre psychanalyste compare la figure de « la femme ménopausée » à la belle-mère de Blanche-Neige. Péricone dépeint, en effet, l'image d'une femme ménopausée emprunte d'amertume et de jalousie face aux jeunes femmes fécondes de sa famille : « du fait de l'allongement de la vie, les grands-parents actuels sont bien différents de l'image d'Épinal de la ''mémé confiture''. (…). Les grands-mères n'ont plus les cheveux blancs et savent mettre leur agenda en ligne pour concilier vie personnelle et aide familiale. (…) Le bel équilibre de la juste distance entre les grands-parents et leurs descendants est constamment remis en question, voire attaqué, par la rivalité entre les générations

[335] Marie-Christine Laznik, *L'impensable désir : sexualité et féminité au prisme de la ménopause,* p.12
[336] *Ibid.,* p.12
[337] *Ibid.,* p.12
[338] *Ibid.,* p.29
[339] *Ibid.,* p.107
[340] *Ibid.,* p.29
[341] *Ibid.,* p.107
[342] *Les 101 dalmatiens* est un film d'animation des studios Disney sorti en 1961

consécutives. (…) La femme ménopausée envie la fécondité de sa fille »[343]. Jalouse, « la femme ménopausée » ne pourrait faire le deuil de sa fécondité : « quand il apprend cette future naissance, le senior est dans une période de vie quelque peu morose. Les enfants ont quitté la maison, les rides apparaissent, la ménopause vient sonner le glas de la procréation »[344].

Pour Laznik, la ménopause « correspond à un moment crucial dans le remaniement de l'économie libidinale d'une femme »[345] car elle serait le moment d'un double deuil. La « première perte évidente, au moment de la ménopause, est l'impossibilité de continuer à espérer des enfants comme dédommagement du manque phallique »[346], la seconde perte tiendrait à ce que « son corps, en tant que totalité, va perdre la brillance phallique qu'il avait aux yeux des hommes »[347]. Bergeret-Amselek compare, dans le même sens, « la crise d'identité qui s'exprime plus ou moins intensément selon les cas à une ''supercrise de la maternalité à vide'' avec un ventre vide de bébé pour toujours »[348]. Il s'ensuit qu'à la ménopause « le sentiment d'infériorité, et d'humiliation, est souvent revécu par les femmes » (Laznik, 2003, p. 66). Sur ce point, Bélot-Fourcade explique qu'une femme à la ménopause doit comprendre « qu'une fois départie de son pouvoir d'enfanter, elle apparaîtra à lui mais aussi à elle, dans la crudité de son altérité, radicalement autre : une femme autre. Pour éviter la fuite du partenaire devant une telle révélation pétrifiante, il faut continuer à jouer du voile, à se couvrir »[349].

Le « manque » proprement féminin se nourrirait de la perte que constituerait la ménopause. Ainsi, le sexe féminin est qualifié de « béance »[350] et les relations hétérosexuelles construites comme nécessairement dissymétriques car « au partenaire masculin (…) il ne s'agit ni d'offrir la brillance de leurs imbattables performances, ni leur autonomie à toute épreuve, mais justement un manque. Et ce manque, l'idée qu'il serait, lui, le partenaire nanti

---

[343] Nicole Péricone, « Chacun cherche sa place. Grands-parents/petits-enfants, ce lien fort et discret dans la famille recomposée », *Dialogue* 2013/3, n° 201, p.85
[344] *Ibid.,* p.91
[345] Marie-Christine Laznik, *L'impensable désir : sexualité et féminité au prisme de la ménopause,* p.61
[346] *Ibid.,* p.63
[347] *Ibid.,* p.81
[348] Catherine Bergeret-Amselek, *La femme en crise ou la ménopause dans tous ses éclats, op. cit*., p. 14
[349] Pascale Bélot-Fourcade, in Bélot-Fourcade Pascale *et al*., *La ménopause, regards croisés entre gynécologues et psychanalystes, op. cit.,* p. 115
[350] Marie-Christine Laznik, *L'impensable désir : sexualité et féminité au prisme de la ménopause, op. cit.,* p.35

de ce qu'il faut pour y pourvoir »[351]. Dans ce cadre, la ménopause rejouerait à nouveau le manque propre au féminin.

Sous la plume de Laznik, les menstruations sont, en outre, construites comme déterminantes de « l'identité-de-la-femme » : « les règles, malgré leur maux, sont la garantie d'une identité féminine possible et d'une maternité toujours en puissance »[352]. « La femme » est définie comme un individu en perpétuel désir de grossesse : « une femme, même si elle a eu des enfants, même si son travail la satisfait, fantasme consciemment ou inconsciemment, à chaque nouveau cycle – tant qu'elle n'arrive pas à la ménopause- , une nouvelle grossesse »[353]. Ce discours est ainsi marqué par la biologisation des comportements, procédé qui sous-tend d'autres analyses, telle celle de Nazir : « Les femmes seules, ou vivant en couple homosexuel, peuvent vivre sans hommes certes, mais les hommes se rappellent au bon souvenir de ces femmes au moment où leur horloge biologique commence à approcher dangereusement de la ménopause. Le désir d'avoir un enfant avant qu'il ne soit trop tard s'affole. Et c'est justement cet affolement qui réside à l'origine de la multiplication des demandes d'adoption de femmes seules »[354].

En introduction du chapitre « Ménopause et effroi », Laznik pose que « dans le jeu sexuel, l'évocation de la ménopause suscite horreur, dégoût »[355]. Elle précise que « c'est au moment où la possibilité d'enfantement ne vient plus faire écran à cette béance que l'organe féminin acquiert sa dimension d'horreur »[356]. Si la stérilité féminine est renvoyée à l'horreur par Laznik, « l'homme garde ad vitam aeternam son potentiel de fertilité »[357]. De ce fait, « il peut se sentir menacé de la perte de fécondité de sa femme »[358] et désirer une femme plus jeune, féconde.

Dans ce discours, le moment catastrophique se verrait surmonté par certaines femmes avec « l'organisation d'une masculinité »[359]. Cet argument soulève une double analyse : d'une part, il renvoie à l'imaginaire de la masculinisation des femmes à la ménopause qui de physique, passe ici au psychique. D'autre part, il construit les femmes avec pour seul figure

---

[351] *Ibid.,* pp. 297-298
[352] *Ibid.,* p.33
[353] *Ibid.*
[354] Hamad Nazir, « La question de la filiation dans la famille contemporaine », *Journal français de psychiatrie*, 2010/2 n° 37, pp. 42-45
[355] Marie-Christine Laznik, *L'impensable désir : sexualité et féminité au prisme de la ménopause, op. cit.,* p.34
[356] *Ibid.*, p. 35
[357] *Ibid.*, p. 36
[358] *Ibid.*
[359] *Ibid.*, p. 66

de transformation possible celle du masculin. Face à la catastrophe que constituerait la ménopause, Laznik explique, en effet, qu' « il reste à une femme l'issue d'accepter de se délocaliser »[360], c'est-à-dire investir dans des activités intellectuelles, adopter un enfant (comme Simone de Beauvoir) ou « laisser tomber la féminité »[361].

Plus encore, la ménopause est pensée comme un « nouveau moment psychique »[362] car les femmes seraient exposées à ce que la psychanalyste nomme « complexe de Jocaste », lequel a trait « aux fantasmes incestueux de la mère envers le fils devenu adulte »[363]. Aux yeux de Laznik, il convient qu'à la ménopause, une femme accepte l'idée « qu'elle *fait sa Jocaste* »[364]. Cet « impensable désir » pour le fils caractériserait la psyché féminine à cette période. Ce faisant, le discours réduit ici les femmes à un lien avec un enfant, qui plus est, un garçon.

Si elle reprend l'« impensable désir » de Laznik, Bergeret-Amselek en donne une explication différente : celui d'un inceste à la mère. Pour la psychanalyste, en effet, « à la faveur d'un bouleversement de l'image du corps, d'un vécu sensoriel troublé, du bouleversement hormonal à l'œuvre, c'est tout ce qui transitait du corps de notre mère au nôtre dans les interactions précoces des premiers temps de notre vie qui est convoqué. Ce sont des processus archaïques qui sont sous-jacents et qui animent les ménopausantes à leur insu, ce sont des peurs profondes de perte d'intégrité corporelle qui les habitent »[365]. Qu'il s'agisse d'un désir pour le fils ou pour la mère, ce discours ancre « la-femme-ménopausée » dans le désir déviant de l'inceste et dans l'incomplétude.

Nous suivons Delanoë qui estime qu'aujourd'hui encore « l'idée de la ménopause comme cause de troubles psychiques s'impose avec une force considérable à ces cliniciens » (Delanoë, 2001, p. 102). Le discours psychanalytique pose, en effet, la blessure psychique comme un a priori à la ménopause : elle apparaît non comme la conséquence de la construction sociale de la ménopause et de son traitement dans notre contexte, sous-tendu par le genre et fruits d'une histoire, mais comme une nécessité découlant de structures psychiques propres au féminin et indispensables à l'économie dissymétrique des rapports entre les sexes. La psychanalyse fait, en effet, « appel à des nécessités qui échappent au contrôle de la

[360] *Ibid.*, p. 171
[361] *Ibid.*, p. 216
[362] *Ibid.*, p. 9
[363] *Ibid.*, p. 12
[364] *Ibid.*, p. 13
[365] Catherine Bergeret-Amselek, *La femme en crise ou la ménopause dans tous ses éclats, op. cit.*, p. 19

conscience et donc à la responsabilité des individus, comme par exemple les processus inconscients » (Wittig, 2001, p. 74) : ces nécessités opèrent comme instruments d'explication prêts à penser. À la faveur de l'analyse de ce discours, nous suivons Wittig pour qui la psychanalyse constitue une théorie ayant « opéré une rigide mythification de [ses] concepts, la Différence, le Désir, le Nom-du-Père » (Wittig, 2001, p. 75). Faisant des structures de l'inconscient un inné et non un construit social, ce discours opère comme prophétie auto-réalisatrice : « dans la mesure où les théories psychologiques sont des éléments de la définition sociale de la réalité, leur capacité à engendrer la réalité est une caractéristique qu'elles partagent avec d'autres théories légitimantes » (Berger et Luckmann, 2006, p. 291). En rejouant l'idée d'une instabilité proprement féminine, le discours psychanalytique la maintient. Il pose, en effet, la blessure psychique comme un a priori à la ménopause : elle apparaît non comme la conséquence d'un traitement social de la ménopause, mais comme un invariant. Or, « les conditions psychologiques de toute sorte ont une matrice sociale » (Berger et Kellner, *in* Berger et Luckmann, 2006, p. 332). L'expérience des femmes ménopausées est à comprendre, non pas à l'aune d'une féminité innée, mais en tant que le résultat de représentations sociales et de rapports sociaux, lesquels forment le cadre de cette expérience, comme nous le verrons dans les prochains chapitres.

Dans le discours psychanalytique, la psyché constitue le double de la biologie convoqué par le discours médical. Caractérisé par des procédés essentialisant, le discours psychanalytique pose la blessure psychique comme une nécessité à la ménopause, construite comme a priori déterminant du « féminin », pensé comme entité trouble et non autonome.

Conclusion du troisième chapitre

Si la ménopause « va de soi, ici et maintenant, dans un contexte de médicalisation diffuse, elle n'en est pas moins un produit culturel et social » (Diasio, 2007, p. 102). Dans ce chapitre, nous nous sommes intéressés à la construction sociale de la ménopause. Nous avons rappelé le caractère historiquement situé de la ménopause et les différents paradigmes qui ont sous-tendu l'appréhension de la « cessation des menstrues » jusqu'au XVIIIe siècle, de l' « âge critique » au siècle des Lumières et de la ménopause à partir du XIXe siècle et jusqu'à nous.

Dans le contexte actuel, le discours médical et ses mises en scène dans les médias et la publicité construisent la ménopause comme rupture. La ménopause apparaît « dans les ouvrages et les sites de vulgarisation comme une maladie totale, à la fois physique, psychique et sociale » (Vinel, 2007, p. 212). La catégorie « femme-ménopausée » constitue une altérité radicale : traversée par le trouble, évincée du féminin, elle est construite comme liminaire. La ménopause est également un épisode où s'actualise l'injonction des femmes au corps, mais à un corps précis : instable, pathologique et minoré. L'analyse de la construction sociale de la ménopause dans notre contexte actuel illustre le fait qu'aux femmes, « il est interdit de n'avoir *pas* de corps » (Haraway, 2009, p. 323).

Nous n'analysons pas seulement ces discours en tant que simples énoncés. Nous les appréhendons, d'une part, en ce qu'ils constituent les espaces légitimés d'énonciation de la ménopause et d'autre part, parce que, en tant que discours, ils possèdent une efficacité. Nous souhaitons, pour autant, nous écarter d'une analyse manichéenne : il existe bien moins un pouvoir médical surplombant et organisant la vie gynécologique des femmes, que de multiples situations d'interactions entre individus ou entre individus et discours, sous-tendus par des rapports de pouvoir, et qui peuvent donner lieu à des négociations. Avec Scott, il nous semble bien que « nous devons cesser de croire que le pouvoir social est unifié, cohérent et centralisé pour le remplacer par quelque chose qui ressemble au concept foucaldien du pouvoir avec ses constellations éparses de relations inégalitaires » (Scott, 2012, pp. 40-41).

La construction sociale de la ménopause constitue une production du genre en ce que le discours médical et ses relais culturels opèrent une essentialisation des expériences des

femmes, une pathologisation de la ménopause et une catégorisation des femmes à partir du critère de fécondité. La construction sociale de la ménopause est efficace : elle produit des catégories cognitives et pratiques d'expérience pour les femmes. Or, « les catégories ont à la fois et du sens, et des conséquences » (Crenshaw, 2005, p. 76), ce que nous abordons plus avant dans le chapitre suivant.

CHAPITRE IV. NORMES DE GENRE ET USAGE DU CORPS. APPRENTISSAGE ET SOCIALISATION DE LA MÉNOPAUSE SOCIALE À LA MÉNOPAUSE PHYSIOLOGIQUE

Introduction

Après nous être particulièrement intéressés aux discours qui construisent la ménopause, nous interrogeons les expériences des femmes à la ménopause. Par quelles représentations sont-elles informées ? Quelles normes les guident ? Quelles interactions les caractérisent ? S'affranchissent-elles des discours qui construisent la ménopause ? C'est ce que nous allons tenter de comprendre dans ce chapitre.

Si les femmes « passent pour le lieu privilégié des élans et des contraintes naturels » (Guillaumin, 1992, p. 61), nous allons appréhender l'expérience de la ménopause comme le fruit de représentations et d'interactions et, ce faisant, dénaturaliser la ménopause. Pour ce faire, nous nous écartons de l'acception classique du terme « ménopause » dans notre culture et opérons un déplacement chronologique de cette expérience. Cette opération nous amène, d'une part, à débiologiser la ménopause, puisque nous l'appréhendons comme une expérience sociale. D'autre part, nous élargissons son spectre chronologique, afin de saisir les remaniements des représentations de la fécondité qui précèdent la ménopause physiologique. Ceci nous permettra de rendre compte de l'expérience de la ménopause, non comme cessation physiologique de la fertilité, mais comme processus qui s'ébauche d'une ménopause sociale jusqu'à la ménopause physiologique.

Parce que la perspective interactionniste accorde « une attention particulière aux différences dans le pouvoir de définir, à la manière dont un groupe acquiert et utilise le pouvoir de déterminer comment d'autres groupes doivent être considérés, compris et traités » (Becker, 1985, p. 229), elle offre un prisme particulièrement pertinent pour comprendre l'expérience de la ménopause, laquelle met en jeu le pouvoir sur le corps des femmes, les normes d'usage de ce corps et la définition du féminin. Nous nous réapproprions ainsi le cadre d'analyse développé par Becker dans *Outsiders* pour rendre compte de la manière dont les femmes deviennent ménopausées dans notre contexte social. Comme nous le verrons, la ménopause est, en effet, un parcours jalonné d'interactions, produit d'un traitement social spécifique de la ménopause et d'une activité des femmes. Le cadre analytique développé par Becker permet de mettre en évidence le processus d'apprentissage réalisé par les femmes, les multiples interactions et les différents acteurs mis en jeu lors de la ménopause. La dialectique

se situe donc au cœur de notre analyse. Plusieurs notions fondamentales empruntées à Becker vont nourrir notre réflexion : la déviance, le processus et l'apprentissage. La notion de déviance va permettre d'éclairer les mécanismes normatifs mis en jeu par la norme de la ménopause sociale et le jeu d'interactions qui sous-tend cette norme. Avec la notion de processus, nous allons pouvoir souligner le caractère dynamique de l'expérience de la ménopause. La notion d'apprentissage sera, enfin, mobilisée afin de mettre au jour une forme d'éducation des femmes au cours de l'expérience de la ménopause.

Ce chapitre souhaite ainsi rendre compte d'une forme de culture de la ménopause, nourrissant un substrat de représentations et d'expériences commun aux femmes rencontrées, sans oblitérer leur agentivité, ni homogénéiser leurs expériences dont l'hétérogénéité sera analysée dans le chapitre V. Nous verrons, tout d'abord, que, de la ménopause sociale à la ménopause physiologique, l'expérience des femmes est marquée par un apprentissage. Nous montrerons, ensuite, que la ménopause physiologique est une expérience construite par une socialisation genrée, dont découle un substrat de représentations et d'expérience commun aux femmes rencontrées. Nous interrogerons, enfin, l'agentivité des femmes au cours de la ménopause.

1. De la ménopause sociale à la ménopause physiologique, un parcours d'apprentissage

L'expérience des femmes de la ménopause sociale à la ménopause physiologique repose sur un apprentissage du corps marqué par le genre. La ménopause sociale met ainsi en jeu l'apprentissage de l'usage du corps en termes de fécondité. L'apprentissage de la ménopause physiologique, réalisé en interaction avec le médecin et les parentes et les pairs, opère par le prisme du symptôme. La ménopause physiologique est également le fruit d'une socialisation genrée qui débute à la puberté. De cet apprentissage et de cette socialisation découle une culture de la ménopause chez nos interviewées.

1.1 La ménopause sociale, une norme croisant genre et âge. Caractérisation, représentations et expériences

1.1.1 Du bon usage du corps : essai de caractérisation de la norme de la ménopause sociale

Dans notre contexte social, l'expérience de la ménopause constitue un processus qui débute à partir de la quarantaine, par ce que nous caractérisons comme une ménopause sociale, norme qui enjoint les femmes à la cessation de l'activité de reproduction avant la cessation de la fertilité physiologique. La ménopause sociale repose sur une norme, entendue comme un ensemble de discours et de pratiques qui définissent « des situations et des comportements appropriés à celles-ci : certaines actions sont prescrites (ce qui est ''bien''), d'autres sont interdites (ce qui est ''mal'') » (Becker, 1985, p. 25). La ménopause sociale relève d'un dispositif normatif en ce qu'elle enjoint les femmes à un comportement socialement institué comme approprié. L'expérience de la ménopause débute par une déprise de la fécondité à partir de la quarantaine : dans les représentations et dans les pratiques, ce n'est pas la ménopause physiologique qui marque l'arrêt de la période de reproduction pour les femmes, mais la ménopause sociale. Toujours physiologiquement fertiles, les femmes deviennent socialement stériles.

La construction de la norme de la ménopause sociale s'opère, d'une part, au sein de l'institution médicale. Elle passe par la dichotomie réalisée dans le discours et les pratiques médicales entre les grossesses avant et après 40 ans. Cette norme est construite par l'injonction à la cessation de la reproduction à partir de la quarantaine pour les femmes, sous-tendue par une rhétorique de la dégradation du corps et du risque. Opérant une discrimination entre les corps des femmes, le discours médical construit, en effet, le corps à partir de la quarantaine comme marqué par la dégradation : « les premières anomalies biologiques marquées par la chute des taux d'inhibine et l'augmentation de la FSH, témoins de la diminution du capital folliculaire, peuvent être authentifiées dès l'âge de 38-40 ans »[366]. Cette période est marquée par « l'irrésistible déclin de la fécondité (qui) subit une accélération à partir de 38 ans »[367]. À 40 ans, « le capital folliculaire est sérieusement entamé »[368] et après 40 ans apparaissent des « désordres liés à la défaillance débutante de la fonction ovarienne »[369]. Le discours médical opère une discrimination entre les grossesses avant et après 40 ans. Les ouvrages médicaux et de vulgarisation médicale consacrent ainsi des chapitres particuliers à ces dernières : « Avoir un enfant après 40 ans »[370], « Le bébé de la quarantaine »[371] Un guide de gynécologie-obstétrique consacre un chapitre à une patiente ainsi décrite : « Elle est enceinte à plus de 38 ans »[372]. Le discours médical évoque « ces grossesses tardives »[373] construites par le prisme de la difficulté : « entre 40 et 50 ans, l'horloge biologique de la femme est implacable en regard de ses possibilités de maternité »[374]. Rares seraient les femmes qui après 40 ans pourraient « s'offrir le luxe d'avoir un enfant »[375] car ces grossesses ne sont « pas toujours aussi simples à mener qu'on voudrait parfois le faire croire »[376] ou alors les femmes sont enjointes à garder à l'esprit le caractère délicat de leur entreprise : « à 40-44 ans, il est tout à fait possible d'être enceinte et même d'accoucher sans problème, à condition d'en avoir mûri la décision et d'assumer les

[366] Patrice Lopès, Florence Trémollières, *Guide pratique de la ménopause, op. cit.,* p.25
[367] Henri Rozenbaum, *La femme de 40 ans,* Paris, Éditions Eska, 2001, p. 33
[368] Dr Anne de Kervasdoué, *Questions de femmes, op. cit.,* p. 379
[369] Catherine Rongières, Israël Nisand, *Gynécologie obstétrique*, *op. cit.,* p. 166
[370] Henri Rozenbaum, *La femme de 40 ans, op. cit.,* p.41
[371] Dr Anne de Kervasdoué, *Questions de femmes, op. cit.,* p. 390
[372] Henri Marret *et al., 101 questions en gynécologie-obstétrique*, *op. cit.,* p. 16
[373] Dr Anne de Kervasdoué, *Questions de femmes, op. cit.,* p. 390
[374] *Ibid.,* p. 377
[375] *Ibid.,* p. 378
[376] Source : http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-grossesse-tardive-risquee-mais-possible--3214.asp?1=1, consultée le 07.11.2013

contraintes de la surveillance »[377]. La question de la surveillance traverse le discours : « ces patientes vont nécessiter une surveillance tout particulière car elles s'exposent à un surcroît de risques maternel et fœtal qu'il est important de prendre en compte » [378] « vivre une grossesse sur le tard n'est pas sans risque et demande le plus souvent une intervention de la médecine »[379].

Le discours médical, repris par le discours médiatique, construit la grossesse « tardive » par le prisme du risque : « toute grossesse à partir de 38 ans est une grossesse à risques »[380], « Grossesse tardive : risquée, mais possible ! Quelles sont les complications possibles et les risques réels pour la future maman et le bébé ? »[381], « tomber enceinte à la quarantaine: les désavantages »[382], « être enceinte après 40 ans: risques pour la mère »[383]. En creux, c'est à une déprise de la fécondité que le discours médical enjoint les femmes à partir de la quarantaine. Mis en scène par le discours médiatique, le discours médical participe de l'affirmation de la norme de la ménopause sociale. En ce sens, il fonctionne comme « entrepreneur de morale » (Becker, 1985, p. 171) : sous couvert de parer aux risques liés à des grossesses, un groupe participe d'une norme d'âge en matière de reproduction pour les femmes. Il s'agit là en quelque sorte de dicter, ou tout du moins de peser, sur les mœurs en matière de reproduction : après 40 ans, expliquent des gynécologues « la contraception est indispensable car la grossesse est particulièrement indésirée, tant sur le plan médical que social »[384].

Le cadre législatif participe également de la norme de la ménopause sociale en ce qu'il dit la loi en matière de procréation médicalement assistée (PMA). La procréation médicalement assistée pour les femmes est, en effet, prise en charge par les pouvoirs publics jusqu'à l'âge de 43 ans : « conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie de l'exploration et du traitement de la stérilité du couple. Âge de la femme : la prise en charge s'interrompt au jour du 43ème anniversaire de la femme »[385]. Si elle se réfère au taux d'échec plus important des

---

[377] Dr Anne de Kervasdoué, *Questions de femmes, op. cit.,* p. 395
[378] Henri Marret *et al*, *101 questions en gynécologie-obstétrique, op. cit.,* p. 17
[379] Source : http://www.elle.fr/Societe/Interviews/Un-bebe-apres-40-ans-peut-on-suivre-les-stars-2422940, consultée le 04.10.2013
[380] Henri Marret *et al., 101 questions en gynécologie-obstétrique*, *op. cit.,* p. 16
[381] Source : http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-grossesse-tardive-risquee-mais-possible--3214.asp?1=1, consultée le 07.11.2013
[382] Source : http://www.conseilfleursdebach.fr/info/tomber-enceinte/tomber-enceinte-a-la-quarantaine-les-desavantages.htm, consultée le 04.03.2013
[383] Source : http://sante-az.aufeminin.com/mag/bebe-grossesse/d3965/s16853.html, consultée le 04.03.2013
[384] Catherine Rongières, Israël Nisand, *Gynécologie obstétrique*, *op. cit,* p. 166
[385] Arrêté du 25 janvier 2000. Source : www.fivfrance.com, consultée le 10.12.2012

fécondations in vitro avec l'avancée en âge (Memmi, 2003 ; Tain, 2004 ; Löwy, 2009), la règlementation n'en pose pas moins un principe normatif et arbitraire en posant cette limite : du fait de leur âge, les femmes de plus de 43 ans sont exclues de l'aide sociale à la procréation. En tant qu'il édicte une norme, ce cadre législatif véhicule des valeurs quant à l'âge approprié pour mener à bien une grossesse. Sous-jacent est l'imaginaire d'un corps de plus de 43 ans à la fécondité indésirable, inapte à une maternité convenable, dangereux pour le corps social.

Si le discours médical et le cadre législatif construisent la norme de la ménopause sociale, celle-ci est nourrie par un mécanisme social fondamental : la désignation de sa transgression. En effet, lorsqu'elles ne s'y soumettent pas, les femmes sont les objets d'une désignation publique dans l'espace médiatique. Les maternités à partir de la ménopause sociale constituent ainsi un objet soumis à un traitement spécifique dans les médias. Le discours à leur endroit opère une mise en sens radicalement différente du discours dont les maternités avant 40 ans sont l'objet. Pour illustrer la désignation de la transgression de la ménopause sociale, nous présentons plusieurs articles portant sur des grossesses jugées tardives et des interviews de femmes enceintes à l'âge de la ménopause sociale. Ces articles et interviews sont tirés de ce qui est communément appelé « la presse féminine », c'est-à-dire des magazines ayant pour cible un lectorat féminin, notamment *Gala, Elle, Madame Figaro* et *Marie-Claire.*

Dans l'espace médiatique, les mécanismes qui président à l'énonciation de la transgression de la ménopause sociale par certaines femmes sont triples. Cette énonciation passe, tout d'abord, par la mise en exergue de l'âge des femmes. Nous prenons, ici, l'exemple des stars. Lorsqu'elles ne se soumettent pas à cette norme, ces femmes sont les objets d'une désignation publique : « Laurence Ferrari enceinte : un troisième bébé à 43 ans »[386], « Carole Rousseau enceinte à 45 ans»[387], « à 45 ans, Monica Bellucci vient de donner naissance à son deuxième enfant »[388], « Sonia Dubois, mère à 46 ans »[389]. Dans le même sens, le magazine

[386] Source : http://www.aufeminin.com/people/laurence-ferrari/laurence-ferrari-enceinte-n55519.html, consultée le 04.03.2013
[387] Source : http://www.gala.fr/l_actu/news_de_stars/carole_rousseau_enceinte_a_45_ans_283310, consultée le 04.03.2013
[388] Source :http://www.gala.fr/l_actu/news_de_stars/monica_bellucci_maman_pour_la_seconde_fois_202894, consultée le 25.05.2011
[389] Source : http://www.m6.fr/documentaire-johnny_hallyday_c_est_notre_histoire/videos/11270842-sonia_dubois_mere_a_46_ans.html, consultée le 04.03.2013

Elle propose un article sur le thème : « Elles font un bébé après 40 ans »[390]. Dans ces énoncés, ce n'est pas la grossesse ou l'accouchement en tant que tels qui sont soulignés, mais l'âge de la femme qui en fait l'expérience. Cette énonciation passe, ensuite, par l'association de ce comportement avec un problème potentiel : « Claudia Schiffer et Monica Bellucci ont fait dernièrement la Une des magazines people en affichant leur ventre rond. À respectivement 40 ans et 45 ans, assumer une grossesse tardive pose certaines questions»[391], « Monica, dont la grossesse tardive s'est heureusement très bien passée »[392]. Dans un dossier « Enceintes à plus de 45 ans : les grossesses très tardives des stars ! », le magazine *Marie-Claire* explique également que « de plus en plus de stars ont une grossesse tardive… A 45 ans passés ! Malgré les risques et les difficultés de tomber enceinte à cet âge, certaines stars n'hésitent pas à repousser les limites de leur horloge biologique… »[393]. En associant systématiquement ces grossesses à la notion de danger, ce discours fonctionne comme un rappel de ce que la maternité à la ménopause sociale constitue une infraction à la norme.

L'énonciation de la transgression de la norme de la ménopause sociale passe également par l'usage d'une rhétorique du malsain et de l'hubris pour caractériser ces femmes. D'une part, ces grossesses sont construites à partir d'une justification malsaine, fondée sur l'égoïsme : « désirer un enfant à plus de 40 ans, c'est aussi chercher à redonner un sens à sa vie à l'heure de la crise du milieu de vie »[394]. Pourtant, poursuit l'article, certaines femmes « sans avoir l'impression de transgresser quoi que soit »[395] font part de « désirs tardifs d'enfants »[396]. En nommant la transgression que ces femmes ne font pas leur, le discours la met au jour, associé, en outre, à une image de manipulation : ce dernier enfant « voulu pour

[390] Source : http://www.elle.fr/People/La-vie-des-people/News/Elles-font-un-bebe-apres-40-ans, consultée le 30.05.2013
[391] Source : http://www.psychonet.fr/0000/01/01/3117-mre-45-ans-grossesse-risque-ou-cadeau, consultée le 10.09.2013
[392] Source :http://www.gala.fr/l_actu/news_de_stars/monica_bellucci_maman_pour_la_seconde_fois_202894, consultée le 25.05.2011
[393] Source : http://www.marieclaire.fr/,grossesse-tardive-45-ans-stars,20175,690593.asp consultée le 30.05.2013
[394] Source : http://www.elle.fr/Maman/Maternite/Enceinte/Phenomene-un-bebe-apres-40-ans!-1417224?utm_source=outbrain&utm_medium=widget&utm_campaign=ELLE&obref=obinsource, consultée le 10.09.2013
[395] Source : http://www.elle.fr/Maman/Maternite/Enceinte/Phenomene-un-bebe-apres-40-ans!-1417224?utm_source=outbrain&utm_medium=widget&utm_campaign=ELLE&obref=obinsource, consultée le 10.09.2013
[396] Source : http://www.elle.fr/Maman/Maternite/Enceinte/Phenomene-un-bebe-apres-40-ans!-1417224?utm_source=outbrain&utm_medium=widget&utm_campaign=ELLE&obref=obinsource, consultée le 10.09.2013

conjurer l'âge »[397], serait « une manière de refuser ce passage d'une génération à l'autre »[398]. Le désir de ces femmes est construit comme malsain, voire malhonnête. D'autre part, les champs lexicaux utilisés pour les décrire les associent à l'hubris, c'est-à-dire à « ce qui dépasse la mesure, l'excès »[399]. Au sujet d'une femme ayant eu un enfant à 43 ans, puis à 46 ans, un article évoque « deux naissances spontanées qui défient les lois de fertilité »[400]. Dans le même sens, une chanteuse enceinte à 50 ans est ainsi qualifiée : « quinquagénaire ébouriffante, (…), notre diva svelte, toujours vêtue de cuir, mais vieillissante, était enceinte. (…) éternelle provocatrice »[401]. Le magazine *Gala* estime également qu'avec une grossesse à plus de 45 ans, Alessandra Martines « défie les lois du temps »[402] et fait « fi des convenances »[403]. La même rhétorique est associée à Céline Dion et son désir d'enfant après 45 ans : « Céline Dion : le bébé de la dernière chance… elle semble vouloir défier le temps et les lois de la nature, comme pour conjurer la mort »[404]. Loin de la mesure et de la tempérance, ces femmes sont, au contraire, caractérisées par l'outrance. Transgressant la norme de la ménopause sociale, elles sont construites comme des femmes hors-norme.

La norme d'âge en matière de reproduction ne s'applique pas de la même manière pour les hommes qui n'y sont finalement pas soumis. Pour exemple, dans l'article « Un troisième enfant pour l'acteur Richard Berry ! »[405], l'âge de l'acteur (64 ans) n'apparaît qu'à la sixième phrase : « Richard Berry et sa compagne, l'actrice Pascale Louange vont devenir parents ! Ce sera le premier enfant du couple, ensemble depuis quatre ans. Richard Berry avait déjà deux filles issues de précédentes unions. Le Parisien rapporte que Richard Berry devrait bientôt devenir papa pour la troisième fois. À bientôt 64 ans, l'acteur va retrouver les joies du pouponnage grâce à sa compagne actuelle ». Cet exemple illustre le fait qu'« un homme au

---

[397] Source : http://www.elle.fr/Maman/Maternite/Enceinte/Phenomene-un-bebe-apres-40-ans!-1417224?utm_source=outbrain&utm_medium=widget&utm_campaign=ELLE&obref=obinsource, consultée le 10.09.2013

[398] Source : http://www.elle.fr/Maman/Maternite/Enceinte/Phenomene-un-bebe-apres-40-ans!-1417224?utm_source=outbrain&utm_medium=widget&utm_campaign=ELLE&obref=obinsource, consultée le 10.09.2013

[399] Définition tirée du dictionnaire grec-français Bailly

[400] Source : http://www.elle.fr/Maman/Maternite/Enceinte/Phenomene-un-bebe-apres-40-ans!-1417224?utm_source=outbrain&utm_medium=widget&utm_campaign=ELLE&obref=obinsource, consultée le 10.09.2013

[401] Source : http://www.gala.fr/l_actu/news_de_stars/gianna_nannini_maman_a_54_ans_214638, consultée le 29.11.2010

[402] *Gala*, n° 1028, semaine du 20 février 2013

[403] *Ibid.*

[404] *Voici*, n°1305, semaine du 10-16 novembre 2012

[405] Source : http://www.voici.fr/news-people/actu-people/un-troisieme-enfant-pour-l-acteur-richard-berry-537380, consultée le 27.07.14

visage buriné et aux tempes grisonnantes qui exhibe avec fierté son dernier-né – phénomène courant chez les hommes puissants ou célèbres – ne provoque pas de réaction viscérale d'étrangeté et de rejet. Ce qui n'est pas le cas pour une femme enceinte du même âge, dont l'image fut proposée dans les médias comme repoussoir – cheveux gris et ventre rond – et comme illustration des excès des techniques d'AMP » (Löwy, 2009, p. 112). Cette construction dissymétrique participe du genre en reproduisant des inégalités.

Si le discours médical est celui d'un entrepreneur de morale, les magazines précités nous semblent fonctionner comme des « arènes morales » (Becker, 1985, p. 233) : des espaces de réaffirmation de valeurs, de normes et d'étiquetage. Ce type de magazines et de journaux constitue des arènes morale en ce que, d'une part, l'âge des femmes fait le cœur de l'article, et non la grossesse ou la maternité en tant que tels. D'autre part, les articles procèdent non à la présentation, plus ou moins neutre, de la situation de ces femmes, mais a un exercice de justification par une forme de tribunal qui passe littéralement ces femmes « à la question ». L'injonction à la justification de la grossesse parcourt les interviews de ces femmes, comme l'illustrent les questions posées à Alessandra Martinez dans le magazine *Gala*[406] : « à quel moment avez-vous pris la décision d'avoir un bébé? », « vous n'avez pas eu peur d'une grossesse à risque ? », « tomber enceinte à quarante-huit ans et accoucher à quarante-neuf ans, c'est quand même rare et inespéré! », « ça ne vous angoisse pas d'avoir soixante-neuf ans quand votre fils en aura vingt ? ». Le type de questionnement auquel ces femmes sont soumises traduit deux choses : d'une part, la dette dont elles doivent s'acquitter pour avoir enfreint la norme de la ménopause sociale et, d'autre part, le caractère public que revêt le corps des femmes et l'usage qu'elles font de leur corps. La dette est en jeu, en ce que ces femmes, parce qu'elles sont artistes (actrices, chanteuses…), peuvent être amenées à utiliser les médias à des fins de promotion personnelle. Le rapport entre les médias et ces femmes est celui d'un échange de « bons procédés » : « leur vie privée est publique, leur vie publique est publicitaire » (Morin, 1972, p. 13). Celles qui ont transgressé la norme doivent donc se soumettre à l'exercice de la publicisation pour conserver leur place au sein de l'échange. Publiciser signifie ici que la transgression sera exposée, discutée et disséquée. La dette sera alors payée. Cette publicisation a pour objet central le corps des femmes et l'usage qu'elles en ont fait. Leur corps devient, ce faisant, une chose publique, dont elles doivent rendre compte. L'usage transgressif qu'elles en ont fait doit s'amender en autorisant une lecture ouverte de

[406] *Gala*, n° 1028, semaine du 20 février 2013

leur corps. L'exemple du traitement de la transgression de la norme de ménopause sociale nous semble illustrer plus largement le fait que les femmes sont « sommées de rendre raison, inspectées, contrôlées dans leur tête et dans leur ventre tel un navire sa cargaison, son état sanitaire et son trajet » (Mathieu, 1985, p. 16). Le caractère public du corps des femmes et de leur usage est ici en jeu.

Face à ces questions, les propos des femmes ayant transgressé la norme de la ménopause sociale reposent sur la confession du péché et la justification. Leurs propos s'apparentent, d'une part, à celui de pécheresses en confession. Les femmes présentent le caractère exceptionnel de leur expérience, à ne pas reproduire par les autres femmes et souscrivent au jugement de la doxa concernant le caractère déviant de leur choix : « je suis bien consciente qu'il y a des risques. Pour cette raison, je ne suis sans doute pas un exemple à suivre pour les autres femmes »[407] explique ainsi Monica Bellucci. Quant à Alessandra Martines, elle admet : « c'est vrai, j'ai eu de la chance ». Ces femmes sacrifient, d'autre part, à la justification. Elles justifient leur transgression de la norme de la ménopause sociale par leur caractère hors du commun. Alessandra Martines confie ainsi qu'elle a « conscience de ne pas être la femme typique »[408] et Monica Bellucci souligne de son côté : « je me sens très libre avec mon corps (…), je ne fais rien selon les règles »[409].

La désignation publique des grossesses à l'âge de la ménopause sociale traduit leur caractère non conventionnel, provocateur, littéralement hors-norme. Elle fonctionne comme marquage et sanction. Avec la transgression de la ménopause sociale est, en effet, en jeu la mise en danger du social par des femmes qui n'en respectent pas la norme en matière de reproduction. La transgression de cette norme constitue une atteinte à l'ordre social. Pour cela, le discours social en fait des individus à part, suspects. Il nous semble que le traitement social de la transgression de la norme de la ménopause sociale peut s'analyser comme une déviance : « quand un individu est supposé avoir transgressé une norme en vigueur, il peut se faire qu'il soit perçu comme un type particulier d'individu, auquel on ne peut faire confiance pour vivre selon les normes sur lesquelles s'accordent le groupe. Cet individu est considéré comme étranger » (Becker, 1985, p. 25). La notion de déviance nous semble appropriée pour rendre compte du traitement social des femmes enceintes et mères à l'âge de la ménopause

[407] Source : http://madame.lefigaro.fr/celebrites/sens-tres-libre-avec-mon-corps-020410-18977, consultée le 10 janvier 2013
[408] *Gala*, n° 1028, semaine du 20 février 2013
[409] Source : http://madame.lefigaro.fr/celebrites/sens-tres-libre-avec-mon-corps-020410-18977, consultée le 10 janvier 2013

sociale en ce qu'elle n'est pas « une propriété simple, présente dans certains types de comportements et absente dans d'autres, mais le produit d'un processus qui implique la réponse des autres individus à ces conduites » (Becker, 1985, p. 37). La déviance n'est donc pas « une substance inhérente à l'individu » (Le Breton, 2004, p. 229), mais un jugement de valeur construit dans la relation. Or, que nous présentent ces magazines ? Des femmes enceintes ou qui ont eu un enfant. La nature de l'acte, en tant que tel, est banale. C'est parce qu'il y a travail de la norme et mise en scène de ces actes à l'aune de certaines valeurs qu'ils prennent un caractère déviant et sont perçus comme tels. Ainsi, la désignation de la transgression de la norme de la ménopause sociale produit plusieurs effets. Elle fonctionne, tout d'abord, comme manière de marquer ces femmes et donc de les *ex-poser*. Elle constitue également une manière de justifier la norme en soulignant le caractère dangereux du comportement de ces femmes. La désignation de la transgression de cette norme procède, enfin, comme réaffirmation de la norme en signalant leur différence. En mettant ces femmes en exergue et en les passant à la question, le discours médiatique participe de la réaffirmation de la norme « en rendant l'infraction publique » (Becker, 1985, p. 146).

Le fait que ces femmes soient enjointes à se justifier rejoue le caractère transgressif de leur acte et ce qu'elles doivent à la société pour continuer d'y participer : exposer leur corps et leur intimité, expier une forme d'hubris. Comment comprendre ce que la transgression de la ménopause sociale recèle de danger ? C'est en nous tournant vers le traitement de la transgression de la ménopause physiologique que nous pouvons illustrer ce phénomène. Pour ce faire, nous proposons l'analyse d'un article portant sur la maternité d'une femme physiologiquement ménopausée. Il nous semble que les mêmes ressorts sont à l'œuvre dans les représentations associées à la transgression de la ménopause sociale. L'article de *Marie-Claire* intitulé « Grossesse tardive : le cas d'Adriana Iliescu » explique ainsi : «l'image est choquante, presque douloureuse. Une vieille dame maigre, un peu voûtée, qui trottine dans les rues de Bucarest en tenant par la main une enfant au regard grave : sa propre fille. La vieille dame s'appelle Adriana Iliescu. Elle a fait la une de la presse internationale il y a quatre ans, lorsque, le 16 janvier 2005, à presque 67 ans, elle a donné le jour à Eliza Maria, devenant ainsi la plus vieille mère du monde. La petite Eliza provient de la fusion d'un ovocyte acheté à une jeune Roumaine et du sperme d'un inconnu. L'œuf fécondé in vitro a été implanté par le docteur Marinescu dans l'utérus boosté aux hormones d'Adriana, berceau organique se dilatant au sein d'un corps vieillissant. Lorsqu'on lit les interviews d'Adriana, on ne peut être qu'horrifié par le caprice insensé qui a présidé à la naissance d'Eliza, par le télescopage

insoutenable entre la vie qui commence et celle qui décline »[410]. Deux formules retiennent particulièrement notre attention : « berceau organique se dilatant au sein d'un corps vieillissant » et « télescopage insoutenable entre la vie qui commence et celle qui décline ». Il nous semble, en effet, que ces deux formules illustrent les mêmes représentations qui président à la norme de la ménopause sociale et à la caractérisation comme déviantes des femmes enceintes à cet âge. En effet, ces propos évoquent le malaise profond qu'entraîne la co-présence de deux entités perçues comme exclusives l'une de l'autre : le fœtus et la femme ménopausée. Le corps de la femme est dépeint de manière à provoquer le dégoût, mais plus encore c'est son association avec l'image d'un fœtus en son sein qui outrepasse les bornes de la morale. La norme de la ménopause sociale joue sur les mêmes représentations d'obscénité et de corruption. Dès la ménopause sociale, les femmes sont enjointes à la déprise de la fécondité parce que la coexistence de leur corps et d'un fœtus est perçue comme immorale. Dans notre contexte social, les grossesses tardives sont ainsi « posées comme un ''acte contre nature'' venant interroger l'éthique médicale et la morale » (Bessin et Levilain, 2012, p. 163). Si les magazines rappellent, rejouent, et ce faisant, participent de la norme de la ménopause sociale, ils n'en restent pas moins entrepreneurs de morale que véhicule d'une morale et, plus précisément, d'un système de genre, c'est-à-dire d'un rapport de pouvoir. Car la question du pouvoir sous-tend tout dispositif normatif : la norme de la ménopause sociale constitue une forme de pouvoir sur le corps des femmes et son usage.

Rappelons que la norme de la stérilité sociale avant qu'elle ne soit physiologique ne s'applique pas à tous les individus, mais aux femmes uniquement : « le même comportement peut constituer une transgression des normes s'il est commis à un moment précis ou par une personne déterminée, mais non s'il est commis à un autre moment ou par une autre personne » (Becker, 1985, p. 37). Est ici en jeu la dissymétrie normative qui fonde le système de genre. Nous interprétons la norme de la ménopause sociale, comme l'actualisation d'une norme de genre en tant qu'elle vise la catégorie « femmes », repose sur la construction de la fertilité des femmes comme « chose publique » et consiste en l'injonction à un certain usage du corps féminin.

410 Source : http://www.marieclaire.fr/,parents-enfants-maternite-apres-50-ans-menopause-grossesse-tardive,20258,33228.asp, consulté le 27.11.2012

La norme de la ménopause sociale est largement respectée dans notre contexte social. Il nous semble que deux mécanismes concourent à sa prégnance. D'une part, le discours médical et le cadre législatif travaillent à l'apprentissage par les femmes d'une déprise progressive de la fécondité à partir de la quarantaine en légiférant sur l'âge de l'accès à une fécondation prise en charge par la communauté et en construisant les grossesses après 40 ou 45 ans par le prisme du risque. D'autre part, le processus de désignation de la transgression de la ménopause sociale joue sur les pratiques des femmes. L'intériorisation du regard de l'autre et la conscience de l'étiquetage dont sont objet les femmes qui transgressent la ménopause sociale sont ici en jeu. Pour l'individu, en effet, « dans le moindre de ses comportements s'impose une prévision relative de la manière dont les autres vont réagir » (Le Breton, 2004, p. 52). Ces discours et ces pratiques sont donc à appréhender comme un espace de construction et de réaffirmation de la norme, un réseau d'injonctions qui fonctionnent en écho les unes des autres pour constituer le cadre de la norme de la ménopause sociale. Ainsi, la norme de la ménopause sociale sous-tend les propos et les pratiques des femmes que nous avons rencontrées. La prégnance de cette norme et la force des représentations qui la nourrissent se dévoilent dans les propos des interviewées qui évoquent, avec conviction et ferveur, l'importance de cette norme et de son respect. La détermination avec laquelle elles abordent cette norme et leur condamnation de toute contrevenante nous semblent traduire l'enjeu fort qui entoure cette question. La déprise de la fertilité est ainsi en jeu pour les femmes dès la ménopause sociale, bien avant la ménopause physiologique, comme nous allons le voir maintenant.

1.1.2 Norme de la ménopause sociale : la morale incorporée

La ménopause sociale est une norme intériorisée par toutes les femmes rencontrées. Dans les discours, cette norme apparaît sous deux formes : un « allant de soi » et une revendication, c'est-à-dire un usage de coutume et une valeur morale.

Selon les catégories socioprofessionnelles et les parcours génésiques, les femmes placent la ménopause sociale entre 40 et 45 ans. Ainsi, Roselyne, manutentionnaire dans une usine qui a eu trois enfants entre 25 et 32 ans, la date à 40 ans. De son côté, Rachel, directrice des finances dans un organisme public aujourd'hui à la retraite, qui a eu trois enfants entre 32 et 42 ans, la date à 44 ans. Plus les femmes ont fait de longues études et eu des enfants tard, plus l'âge auquel elles placent la ménopause sociale est tardif. 40, 42, 45 ans : la légère plasticité

qui entoure l'âge de la ménopause sociale pour les femmes rencontrées nous rappelle que les normes ne sont jamais figées, mais toujours « détournées, transgressées, oubliées, nuancées ou suivies à la lettre, objets de commentaires, de débats » (Le Breton, 2004, p. 61).

Pour toutes, cependant, la ménopause sociale est une norme incorporée et ancrée dans les pratiques : aucune des femmes rencontrées n'a eu d'enfant après 42 ans. À partir de cet âge, toutes sont entrées dans le processus de ménopause sociale. Cette prescription est structurante :

> *« l'histoire des enfants, la maternité, moi, à partir de 40 ans déjà, c'était quelque chose de réglé » (Claude, 65 ans, cadre commerciale à la retraite)*
> *« arrive un moment où c'est plus l'âge. Moi, j'ai fait mes enfants dans l'âge qu'il fallait, avant 40 ans et hop, terminé » (Lisette, 57 ans, sans profession)*
> *« à la ménopause, le désir d'enfants était rangé depuis longtemps! » (Patricia, 58 ans, art thérapeute).*

Dans les propos des femmes rencontrées, trois motifs sous-tendent la justification de la norme de la ménopause sociale : le risque, les normes éducatives et la distance entre les générations.

À leurs yeux, tout d'abord, les femmes seraient physiquement moins capables de porter un enfant à partir d'un certain âge. Les représentations qui émergent de leurs propos sont celles d'un corps à risque :

> *« à partir de 40 ans, disons dans la quarantaine, ça devient risqué d'avoir un enfant » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire)*
> *« on peut avoir des bébés aujourd'hui jusqu'à, 40, 42 ans, mais il ne faut pas avoir des enfants quand on est trop âgé non plus ! Je sais pas si c'est aussi bon d'avoir des enfants à 45 ans qu'à 20 ans. Une grossesse pour une personne à 45 ans, c'est plus risqué parce qu'on commence à avoir un peu de cholestérol, de diabète, on risque » (Josépha, 62 ans, assistante de direction à la retraite)*

L'imaginaire d'une décrépitude intérieure est à l'œuvre :

> *« les gens qui ont des enfants après 40 ans, c'est trop tard ! Parce que l'intérieur du corps vieillit » (Pauline, 55 ans, assistante maternelle)*

Ensuite, apparaît l'idée qu'une femme dans la quarantaine ne serait plus dotée de l'énergie nécessaire pour répondre aux besoins éducatifs d'un enfant :

> *« j'estime qu'il y a un âge pour tout, et avoir un enfant trop tard, c'est pas bien, on n'a pas l'énergie d'une femme de 30 ans et donc à partir de 41, 42 ans, c'est trop tard pour avoir un enfant » (Claude, 65 ans, cadre commerciale à la retraite)*
> *« ça demande une énergie quand même assez phénoménale! Ça demande quand même beaucoup d'attention qu'à un moment on n'a plus » (Patricia, 58 ans, art thérapeute).*

Enfin, une sorte de dissonance cognitive se fait jour à l'idée d'un mélange des générations occasionné par une grossesse tardive :

> *« pour les gamins, avoir des grands-parents, euh, quoi, des parents qui ont 60 ans quand ils ont 20 ans, c'est pas évident du tout ! » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire)*
> *« ces parents vont vite être vieux et ça va être un enfant de vieux ! Quand ils ont 50 ans, leurs enfants ont 10 ans alors que normalement, on n'en a plus à cet âge-là, donc ils ont une mère à moitié grand-mère, ça va pas non ! » (Pauline, 55 ans, assistante maternelle)*
> *« il y a vraiment un âge pour tout, parce que faire un enfant, l'idéal c'est entre 25 et 40, moins de 45 ans, mais après au-delà, je trouve ça fou franchement ! Pour l'enfant, c'est pas évident d'avoir une maman de plus de 50 ans quand même !» (Léa, 52 ans, chargée de paie).*

La dissonance qui résulte de l'idée d'une grossesse jugée tardive transparaît nettement du fait de la vivacité, voire la véhémence, de leurs propos sur ce sujet. Leur jugement se révèle particulièrement normatif et c'est avec vigueur qu'elles condamnent des grossesses qui leur semblent contrevenir à l'ordre des choses :

> *« je suis archi contre les mères trop âgées ! Tu veux un enfant qui soit élevé par sa grand-mère ?! » (Claude, 65 ans, cadre commerciale à la retraite)*
> *« jusqu'à 40, 41 ans, à la limite, mais pas plus loin, 45 ans, 50 ans, se retrouver à avoir un enfant, qui a 20 ans quand on a 70 ans, on est des vieux croûtons, et ben ça, non ! » (Josée, 65 ans, vendeuse à la retraite).*

La projection de la co-présence de deux entités jugées exclusives provoque une sorte de dégoût chez elles :

> *« quand je vois des femmes qui veulent avoir un enfant tard, je trouve ça atroce, affreux. C'est vraiment pas bien. Non ! Il faut penser à l'enfant ! » (Lisette, 57 ans, sans profession)*
> *« il ne faut pas avoir des enfants trop âgé non plus ! C'est pas beau. Aussi bien pour l'enfant que pour la mère » (Joséph a, 62 ans, assistante de direction à la retraite).*

Une rhétorique morale sous-tend les propos des femmes. La norme du bon usage du corps n'est pas à transgresser :

> *« ce qui n'est pas normal, c'est de faire des enfants après 45 ans. Donc si une femme a envie d'en avoir à 45 ans ? Non ! » (Rose, 58 ans, bibliothécaire)*
> *« on fait des bébés quand on a l'âge : entre 20 ans et 40 ans» (Lisette, 57 ans, sans profession).*

Les valeurs qui sous-tendent leur discours sont celles du respect et de la responsabilité : respect d'autrui, de soi-même, d'une certaine forme d'éducation, d'un écart d'âge maximum

avec ses propres enfants. La question de la morale est en jeu. À leur sens, transgresser la norme de la ménopause sociale constitue un acte irresponsable, voire immoral :

> *« faire un enfant trop tard, c'est égoïste je trouve » (Pauline, 55 ans, assistante maternelle)*
> *« ces femmes-là, elles ne pensent qu'à elles, parce qu'elles veulent procréer, elles veulent être génitrices ! » (Lisette, 57 ans, sans profession)*
> *« c'est de l'inconscience ! Elles ne pensent pas au bien de l'enfant» (Léa, 52 ans, chargée de paie).*

Puisque les règles et les normes s'actualisent toujours dans l'action, si les femmes se conforment à la norme de la ménopause sociale, c'est que le coût social à payer en cas de transgression leur semble trop élevé. Plus précisément, en se conformant à cette norme, les femmes évitent de se voir l'objet d' « un étiquetage qui produit l'efficacité symbolique d'imposer à l'acteur une identité négative » (Le Breton, 2004, p. 81). En outre, se conformer à la norme de la ménopause sociale et accepter d'être socialement stérile avant de l'être physiologiquement renvoie à la compétence de faire un bon usage de son corps : un usage « raisonnable » et acceptable pour le contexte social. La norme de la ménopause sociale fait donc appel au sens de la responsabilité des femmes à ne pas associer leurs corps jugés indésirables à la conception, à la grossesse et à l'éducation d'un enfant. Sur ce point, dans leur recherche sur la parentalité après 40 ans, Bessin et Levilain rapportent la honte éprouvée par des femmes enceintes à un âge jugé trop tardif (Bessin et Levilain, 2012). Nos interviewées ne souhaitent donc pas contrevenir à l'ordre social en menant une grossesse réprouvée par les représentations et les pratiques. Ainsi, avant d'être physiologiquement ménopausées, les femmes ne procréent déjà plus : même si elles sont encore fertiles, les grossesses jugées tardives sont proscrites.

Aux trois motifs apparents qui sous-tendent la justification de la norme de la ménopause sociale par les femmes elles-mêmes (le risque, l'éducation et l'écart des générations), sont associés deux motifs sous-jacents dans le discours des femmes rencontrées : l'aversion pour les grossesses de femmes jugées en âge de ménopause sociale et le maintien de la norme de transmission du potentiel génésique. Se joue là ce que l'on peut qualifier de « brouillage anthropologique », c'est-à-dire une impossibilité à rapprocher deux catégories cognitives dont les significations ne peuvent être qu'exclusives l'une de l'autre, sinon à tomber dans l'aporie. Le premier motif sous-jacent est, d'une part, l'aversion qui naît de l'idée de l'engendrement et de l'union de deux corps qui doivent être radicalement dissociés : le fœtus ou le nourrisson et la femme à partir de la ménopause sociale. Le brouillage anthropologique qui découle de cette aversion nous semble être le signe que la ménopause

sociale constitue une étape majeure dans le processus global de la ménopause puisqu'elle constitue un renouvellement dans l'appréhension du statut des femmes : à partir de la ménopause sociale, les femmes passent du pouvoir de procréer au devoir de ne plus le faire. C'est donc avant la ménopause physiologique que les femmes changent de statut : à la ménopause sociale, autour de 45 ans environ, les femmes endossent le statut de femmes stériles, même si elles sont encore fécondes. Elles deviennent socialement ménopausées, comme l'illustrent ces propos :

> *« à 51 ans, je n'étais pas ménopausée, mais je me serais pas vu dire ''tiens, on va faire un enfant'', depuis longtemps déjà» (Lisette, 57 ans, sans profession)*
> *« la ménopause [physiologique], ça change pas grand-chose, de toutes façons, même si j'avais encore mes règles, ça faisait longtemps que j'aurais pas envisagé de faire des enfants » (Bernadette, 62 ans, commerçante)*
> *« je me serais pas vue avoir un enfant à 50 ans ! » (Patricia, 58 ans, art thérapeute).*

Le second motif sous-jacent est le maintien de la norme de transmission du potentiel génésique, qui enjoint à « transmettre la vie selon l'ordre normal des générations » (Héritier, *in* Augé et Herzlich, 1984, p. 149). Est ici en jeu la question de la circulation de la fécondité entre les générations : « chaque génération, après en avoir joui, doit obligatoirement et totalement s'en dessaisir au profit de la suivante lorsque celle-ci a atteint l'âge de la procréation » (Moulinié, 1998, p. 160). Le traitement médiatique de la grossesse de Jage Jagger, enceinte au même moment que sa fille début 2014, en est l'illustration : « Jade Jagger enceinte en même temps que sa fille. À 42 ans, Jade Jagger attend son troisième enfant. Sa fille aînée, âgée de 21 ans, est enceinte de son premier »[411], « Jade Jagger, 42 ans : enceinte de six mois… comme sa fille ! »[412]**.** Avec pour titre « Jade Jagger sera maman… et grand-mère en même temps »[413], l'article de *Gala* explique également : « C'est une nouvelle pas banale qu'a fait partager à ses abonnés sur Instagram la créatrice de bijoux et djette Jade Jagger. Elle s'apprête en effet à être simultanément mère et grand-mère d'ici trois mois. (…) Les Stones, une famille définitivement pas comme les autres! ». Bien plus que leur grossesse respective, c'est la concomitance des grossesses de Jade Jagger et de sa fille qui est en jeu : le fait qu'une mère soit enceinte alors que sa fille a accédé au temps de la maternité. Sur ce point, les

[411] Source : http://www.atlantico.fr/atlantico-light/jade-jagger-enceinte-en-meme-temps-que-fille-979087.html, consulté le 21.02.2014
[412] Source : http://www.purepeople.com/article/jade-jagger-42-ans-enceinte-de-six-mois-comme-sa-fille_a136384/1, consulté le 21.02.2014
[413] Source : http://www.gala.fr/l_actu/news_de_stars/jade_jagger_sera_maman_et_grand-mere_en_meme_temps_308449, consulté le 21.02.2014

travaux de Moulinié sont éclairants : au cours de ses recherches auprès de françaises vivant dans un contexte rural au début des années 1990, elle a mis au jour une pratique de ménopause sociale. Pour ses interlocutrices, c'est la naissance d'un petit-fils ou d'une petite-fille qui signe l'entrée dans la ménopause et non la ménopause physiologique. Corroborant les propos de nos interviewées, les femmes qu'elle a interrogées estiment, qu'au-delà d'un certain âge, il n'est plus convenable d'être enceinte. Elles justifient ce jugement par « l'âge de la future mère ou encore la différence d'âge entre les enfants. (…) On n'apprécie guère que des membres de générations successives aient le même âge ou, pire, que l'ordre des générations soit inversé » (Moulinié, 1998, p.160). Les naissances tardives sont unanimement considérées comme une honte. Les interviewées de Moulinié évoquent, ainsi « en termes accusateurs, ces mères qui avaient mis au monde un enfant alors que leur propre fille était en âge de procréer ou, pire encore, mariée et déjà mère. (…) Elles ne manquaient pas de stigmatiser ces familles où l'ordre des générations était bouleversé, où le neveu était plus âgé que l'oncle. Elles ne s'étonnaient pas de voir ceux qui se trouvaient pris dans cet enchevêtrement générationnel connaître un triste sort » (*Ibid.,* p. 113). Moulinié montre que dans les représentations, « ces femmes, jeunes mères et jeunes grands-mères à la fois, brisaient un interdit, qui n'était pas clairement formulé mais qui gouvernait, bel et bien, la vie sexuelle des couples : la mère devait cesser d'être féconde – du moins ne devait elle plus en arborer les signes manifestes – lorsque ses propres enfants étaient en âge de devenir parents » (*Ibid.,* p. 114). La ménopause sociale fonctionne comme rempart social face au mélange des générations.

Si, bien avant la ménopause physiologique, les femmes que nous avons rencontrées ne souhaitaient plus d'enfants, « c'est parce qu'une règle, implicite, veut que celle-ci cesse de concevoir lorsque les enfants grandissent » (Fine, Moulinié et Sangoï, 2009, pp. 38-39). Le discours associé à l'expérience de Jade Jagger par plusieurs magazines constitue l'illustration de cette norme. Une mère doit cesser de procréer lorsque ses propres enfants accèdent à la fécondité parce que « le pouvoir génésique ne peut être détenu en même temps par deux générations successives » (Fine, Moulinié et Sangoï, 2009, p. 44). Monique et Rose ont spontanément évoqué le fait que le seul cas où la maternité tardive saurait être acceptée, c'est celui où elle est la première :

> *« bon, pour celles qui se sont battues pour avoir un enfant, en avoir un, même à 50 ans c'est merveilleux » (Monique, 57 ans, vendeuse)*
> *« quand une femme n'a jamais eu d'enfant, si elle essaie d'en avoir à 45 ans, oui, d'accord, mais si elle en a déjà eu, non » (Rose, 58 ans, bibliothécaire).*

Pour ces rares interviewées, la circonstance atténuante d'une maternité tardive est qu'elle soit la première. Soulignons, en outre, le caractère culturel de la norme de la ménopause sociale. Parmi nos interviewées, en effet, Nora, venue du Pakistan lorsqu'elle avait une vingtaine d'années, explique qu'elle ne partage pas cette norme. À ses yeux, ce qui est considéré dans notre contexte comme un brouillage des générations ne l'est pas. Une femme peut ainsi être mère et grand-mère en même temps :

> *« pour moi la ménopause n'a rien à voir avec le fait d'être grand-mère, parce que ma mère a été enceinte au même moment que ma sœur, donc au même moment elle a été mère et grand-mère à la fois, c'est normal pour moi » (Nora, 53 ans, sans profession).*

Le brouillage anthropologique qui découle de la possession du potentiel génésique par plusieurs générations de femmes nous semble être le signe du caractère fondamental de la norme de la ménopause sociale : de la nécessité de la faire respecter et du danger que signifie sa transgression. Nous allons maintenant nous intéresser plus particulièrement à l'expérience de la ménopause sociale pour nos interviewées.

1.1.3 L'expérience de la ménopause sociale : la fécondité non actualisée

L'expérience des femmes à la ménopause sociale consiste en la cessation de l'activité de reproduction non concomitante de la stérilité physiologique : la ménopause sociale est caractérisée par une fécondité non actualisée et la ménopause physiologique est caractérisée par la stérilité. Dans l'expérience de la ménopause sociale, deux mécanismes sont à l'œuvre : la non-actualisation de la fécondité et la potentialité. Ces deux mécanismes façonnent les représentations et les pratiques des femmes rencontrées.

La non-actualisation de la fécondité à la ménopause sociale constitue, d'une part, le comportement adéquat pour les femmes : le renoncement à une maternité, laquelle contreviendrait à l'ordre des choses. Cette stérilité sociale consiste, pour elles, en un usage adéquat du corps à partir de la ménopause sociale. Symboliquement, cette stérilité est positivement chargée car elle constitue la réponse adéquate à l'injonction sociale et traduit un comportement responsable et conforme à la morale. En ce sens, le processus de la ménopause commence par la satisfaction des femmes à se conformer à une norme qui les étiquette d'une identité positive. Ainsi, si nous retournons les propos précédents de Pauline, Lisette et Léa, en

se conformant à une ménopause sociale, *elles ne sont pas égoïstes, elles ne pensent pas qu'à elles, mais aussi aux autres, elles font preuve de conscience et pensent au bien de l'enfant.*

D'autre part, la question du potentiel fécond est au cœur des représentations des femmes. À partir de la ménopause sociale, ce qui est en jeu pour les femmes est, en effet, non l'actualité de l'enfantement, mais les représentations associées au potentiel fécond : si elles sont enjointes à ne plus mener de grossesses à partir de ce moment, les femmes n'en sont pas pour autant physiologiquement stériles. Ainsi, les représentations positives associées au potentiel fécond sont toujours à l'œuvre pour elles, même à la ménopause sociale, comme l'illustrent leurs propos :

> *« même si on sait très bien qu'on va pas être enceinte, moi, à 48 ans, j'allais pas être enceinte, hein, mais c'est un potentiel… » (Julie, 54 ans, urbaniste)*
> *« à partir d'un moment, bon, j'allais plus avoir un enfant, déjà que j'ai eu ma fille à 42 ans, c'est tard, mais il y a l'idée qu'on peut encore » (Monique, 57 ans, vendeuse).*

Le temps entre la ménopause sociale et la ménopause physiologique constitue donc celui de la potentialité non actualisée : les représentations positives liées à la féminité et à la jeunesse sont toujours associées aux femmes du fait de leur fertilité. Ce qui est donc en jeu n'est pas la réalité de la capacité de reproduction, mais les représentations positives associées au potentiel fécond que les femmes ont incorporées. Une différence se fait donc jour dans l'ordre des représentations, entre stérilité sociale et stérilité physiologique. Toutefois, ces deux processus mettent en jeu la question de la fécondité. Ainsi, bien avant l'apprentissage d'un corps pathologique et stérile, on observe l'apprentissage de la déprise de la fécondité, qui est, non pas physiologique, mais sociale.

Rappelons que notre analyse porte sur des femmes nées entre 1945 et 1968. Elle ne peut pas forcément être extrapolée aux femmes de générations ultérieures. En outre, elle porte sur un nombre d'entretiens non représentatif. Comme le montrent Bessin et Levilain, des femmes mènent aujourd'hui des grossesses dans la quarantaine et font part de représentations différentes de celles que nous avons rencontrées (Bessin et Levilain, 2012).

La norme de la ménopause sociale, enjoignant les femmes à une déprise de la fécondité avant qu'elles ne soient stériles, possède un caractère déterminant dans l'expérience de la ménopause. À partir de 45 ans environ, les femmes sont ainsi socialement ménopausées avant que la ménopause physiologique n'advienne. Cette norme est sous-tendue par plusieurs mécanismes : l'injonction médicale, la lettre de la loi et la désignation de sa transgression dans l'espace médiatique. Nous avons vu que le genre est en jeu dans l'apprentissage de la

ménopause sociale, en tant qu'elle relève d'une norme visant la catégorie « femmes », qu'elle repose sur la construction de la fécondité des femmes comme « chose publique » et consiste en l'injonction à un certain usage du corps féminin en fonction de normes d'âge précises. La séquence qui mène de la ménopause sociale à la ménopause physiologique est marquée par l'injonction à un usage adéquat du corps et un remaniement de la signification de la fécondité pour les femmes. Cette norme est largement revendiquée par les femmes rencontrées. Après celui de la ménopause sociale, nous allons maintenant analyser l'apprentissage au cœur de l'expérience de la ménopause physiologique.

1.2 L'apprentissage au cœur de l'expérience de la ménopause physiologique

L'apprentissage de la ménopause physiologique se réalise au sein d'un contexte social précis et de différents types d'interactions. Comme nous allons le voir, ce contexte social est marqué par une large diffusion du discours médical dans l'espace médiatique, qui participe d'une forme d'éducation des femmes. L'apprentissage de la ménopause est également réalisé par les femmes au sein de deux types d'interactions : avec le médecin et avec les femmes (parentes et pairs).

1.2.1 Le contexte social d'apprentissage de la ménopause physiologique ou la sémiotique du symptôme

Le contexte social actuel participe de l'apprentissage de la ménopause physiologique : le discours médical, repris par le discours médiatique, délivre, en effet, aux femmes une éducation en les guidant dans la lecture de leur corps et de ses manifestations. Les femmes sont ainsi enjointes à opérer un apprentissage du corps : elles sont éduquées à porter attention à certaines sensations et à interpréter certains signes du corps. La lecture organique qu'en propose le prisme d'appréhension médical fonctionne comme modèle éducatif. Le docteur Anne de Kervasdoué conseille ainsi : « notez tous vos symptômes, sous la forme d'un sigle

reconnaissable, sur un agenda »[414]. Le docteur Caroline Chaine explique, dans le même sens qu'il faut « évaluer l'importance du syndrome. La tenue d'un calendrier permet à la femme de mieux se connaître. Il mentionne les différents troubles, leur intensité en les cotant de + à +++ et leur chronologie par rapport aux règles »[415]. Une sorte de sémiotique du symptôme se fait jour sous forme d'injonctions dans le discours médical et le discours médiatique. Il s'agit pour les femmes d'être à même de décoder les signes d'une nouvelle grammaire corporelle, de « savoir explorer »[416] les indices : « comment on identifie les signes énonciateurs de la ménopause ? »[417], « comment repérer le début de la période charnière ? »[418]. « Les signes annonciateurs de la ménopause sont nombreux »[419] peut-on lire dans un magazine. On incite les femmes à découvrir « les différentes étapes de la vie hormonale, les premiers symptômes annonçant l'arrivée de la ménopause »[420], « la ménopause entraîne des changements physiques et psychiques qu'il faut connaître pour mieux s'y préparer »[421]. « Ménopause : reconnaître les premiers signes »[422] propose, dans le même sens, *Santé magazine*. Ainsi, il s'agit de « détecter »[423] des signes, « des troubles des règles qui annoncent la ménopause »[424], d'apprendre à décoder ses symptômes : « certaines manifestations cliniques et biologiques peuvent évoquer l'arrivée de la ménopause, découvrez-les sans attendre »[425], « les signes annonciateurs de la ménopause sont nombreux mais pas toujours fiables. Comment vous y retrouver »[426]. Ce discours participe de cet apprentissage à cette « période de transformation et de mutation »[427]: il invite à « reconnaître et gérer les premiers signes de la ménopause »[428], à comprendre « comment la ménopause m'affecte ?»[429] et à « surveiller son système hormonal »[430]. Les femmes sont enjointes à

---

[414] Dr Anne de Kervasdoué, *Questions de femmes, op. cit*,, p. 427
[415] Dr Caroline Chaine, *Le petit livre de la ménopause,* Éditions Odile Jacob, 2004, p. 30
[416] Henri Rozenbaum, *La femme de 40 ans,* Paris, Éditions Eska, 2001, 4ème de couverture
[417] Source : http://www.europe1.fr/MediaCenter/Emissions/Le-memo/Sons/Un-cap-delicat-1078077/, consultée le 11.06.2012
[418] Dr Anne de Kervasdoué, *Questions de femmes,* Éditions Odile Jacob, 1996, p. 427
[419] *Santé magazine*, mars 2014
[420] Source : http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/menopause/niv2/menopause-tournant-vie-femme.htm, consultée le 29.08.2012
[421] *Préménopause et Ménopause,* Mémento Santé, Santésis, 2010
[422] *Santé magazine,* mars 2014
[423] Brochure « Mieux vivre la ménopause », Flash Santé 25, Mutualité Française
[424] *Ibid.*
[425] source : http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/menopause/menopause.htm
[426] *Santé magazine,* mars 2014
[427] Source : http://www.santemagazine.fr/la-menopause-une-periode-delicate-pour-les-femmes-339.html, consultée le 29.08.2012
[428]Source : http://sante.journaldesfemmes.com/conseils/0705-signes-menopause.shtml, consultée le 29.08.2012
[429] Source : http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/menopause/articles/8456-menopause-10questions.htm, consultée le 29.08.2012

guetter la ménopause, « repérable grâce à plusieurs symptômes » ; on leur propose « des balises pour identifier ces signaux variés »[431], on leur indique « le signe le plus tangible pour savoir si on est en préménopause »[432]. On leur explique : « trois signes de la périménopause sont vraiment typiques, des cycles perturbés, des bouffées de chaleur intermittentes et une sorte de syndrome prémenstruel, c'est-à-dire que les signes sont des seins douloureux, des migraines ou encore de l'agressivité »[433]. L'idée de révéler aux femmes des sensations et la manière correcte de les mettre en mots sous-tend ces énoncés. Cette lecture médicalisée du territoire corporel opère comme éducation : elle contribue à divulguer des notions précises, à valider et à discriminer, c'est-à-dire à développer « un système de catégories » (Becker, 1985, p. 74) associé à la ménopause. Ainsi, « en jalonnant le parcours du néophyte de conseils, en nommant par avance les épisodes de l'expérience, en lui expliquant ce qu'il vit » (Le Breton, 2004, p. 84), les acteurs du monde médical (et médiatique) construisent le sens et façonnent les perceptions des femmes. Ils les éduquent à devenir des « femmes ménopausées » telles qu'elles doivent l'être dans notre contexte social.

Cet apprentissage actualise les normes de genre en ce que les femmes sont enjointes à un retour au corps, dont elles doivent explorer les arcanes, rendre compte, guetter la moindre manifestation. La surveillance dans un cadre médical relève de l'injonction : « à la ménopause, l'apparition de fuites d'urines doit faire consulter »[434], « deux cancers du sein sur trois surviennent chez des femmes ménopausées. C'est pourquoi il faut faire une mammographie tous les deux ans à partir de 50 ans »[435]. Il s'agit, pour les femmes, de « se faire suivre »[436], et pour les médecins de mettre en place « une surveillance accrue »[437] et « d'exercer une surveillance stricte, clinique, radiologie (mammographie) et cytologique (frottis) »[438].

---

[430] Source : http://www.elle.fr/Minceur/Special/Special-Minceur/Conseils-de-pros/Mincir-au-fil-des-ages-1533655#A-50-ans-1533660, consultée le 01.03.2013

[431] Source : http://www.vivolta.com/menopause/perimenopause-menopause-premenopause-bouffees-chaleur-20091006447879.html, consultée le 01.03.2013

[432] Source : http://www.vivolta.com/menopause/perimenopause-menopause-premenopause-bouffees-chaleur-20091006447879.html, consulté le 01.03.2013

[433] Source : http://www.europe1.fr/MediaCenter/Emissions/Le-memo/Sons/Un-cap-delicat-1078077/, consulté le 11.06.2012

[434] Brochure « Mieux vivre la ménopause », Flash Santé 25, Mutualité Française

[435] *Ibid.*

[436] *Ibid.*

[437] Dr Marina Carrère d'Encausse et Dr Michel Cymes, *La ménopause,* Paris, Éditions Marabout, 2005, p. 50

[438] Docteur Gérard Salama et Nathalie Demarta, *Confidences d'un gynécologue*, Paris, Éditions Plon, 2005, p. 69

Cette éducation est largement incorporée par les femmes rencontrées, qui développent une morale de vigilance vis-à-vis de leur corps, qui joue sur leurs pratiques à partir de l'approche de la ménopause physiologique :

> *« on pense plus à se faire surveiller par le médecin à la ménopause » (Mylène, 52 ans, secrétaire)*
> *« à partir de la ménopause, il y a plus d'examens médicaux approfondis, on regarde, on a des tas de trucs à vérifier, il faut faire attention à ci et ça » (Maud, 50 ans, juriste)*
> *« on doit prendre la ménopause au sérieux, faire attention, se faire suivre, parce que ça peut déboucher sur des maladies » (Nora, 53 ans, sans profession).*

Apprendre à être ménopausée, consiste ainsi à développer « une aptitude à opérer la transformation de la sensation en symptôme » (Boltanski, 1971, p. 211). L' « apprentissage de la technique » (Becker, 1985, p. 69) de décryptage du corps à la ménopause physiologique se fait par le développement d'une acuité à certains signes du corps qui doivent être décodés et discriminés, que l'on doit mettre en exergue et auxquels on doit donner une signification appropriée, comme l'illustrent les propos des femmes rencontrées :

> *« on guette les signes, si on les a ou pas, si on a des signes on se dit ''oui c'est ça'' » (Mylène, 52 ans, secrétaire)*
> *« il faut faire attention à ci et ça, donc on observe les symptômes » (Maud, 50 ans, juriste)*
> *« on est à l'affût de ce qu'on ressent» (Virginie, 46 ans, coordinatrice animation dans une école).*

Les symptômes sont décrits comme la norme d'expérience et une logique de conformité prévaut chez nos interlocutrices. Cette grille de lecture de l'expérience de la ménopause met l'accent sur certaines manifestations corporelles et les désigne comme marqueurs à traiter. Les symptômes ménopausiques mêmes sont l'objet d'une normalisation stricte : les femmes ménopausées se voient *de facto* associées à une série de symptômes précis. Cette normalisation fonctionne comme un chemin préétabli avec lequel les femmes sont familiarisées dans l'interaction avec les discours. Ainsi, connaissent-elles le tableau des manifestations corporelles qu'elles auront à expérimenter à la période de la ménopause : perturbation du cycle menstruel, prise de poids, bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, insomnies, irritabilité, dépression :

> *« quand j'ai senti des bouffées de chaleur, j'ai tout de suite pensé à ça évidemment, bouffées de chaleur, j'ai pas pensé à autre chose qu'à ça, un début de ménopause » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique)*
> *« quand mes règles étaient déréglées, je me suis tout de suite dit :''ça doit être la ménopause'' » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire).*

Le contexte social actuel participe de l'apprentissage de la ménopause : le discours médical, repris par le discours médiatique, éduque ainsi les femmes en les guidant dans la lecture de leur corps et de ses manifestations. Les femmes sont ainsi enjointes à opérer un apprentissage du corps ménopausé. Une sorte de sémiotique du symptôme se fait jour sous forme d'injonctions : il s'agit pour les femmes d'être à même de décoder les signes d'une nouvelle grammaire corporelle. Cet apprentissage actualise les normes de genre en ce que les femmes sont enjointes à un retour au corps qui est à surveiller.

L'apprentissage de la ménopause physiologique se réalise également au sein au sein de deux types d'interactions : l'interaction avec le médecin et l'interaction avec les femmes (parentes et pairs). C'est ce que nous allons voir maintenant.

1.2.2 L'apprentissage de la ménopause physiologique dans le cadre de l'interaction avec le médecin

L'interaction avec le médecin constitue un espace fondamental d'apprentissage de la ménopause pour toutes les femmes rencontrées. Dans notre culture, la médecine incarne « un savoir en quelque sorte officiel sur le corps » (Le Breton, 2003, p. 8) et constitue un des espaces majeurs de production de valeurs et de normes. Le cadre médical organise le prisme d'appréhension sociale de la ménopause dont découle une certaine forme de prise en charge. Celle-ci consiste en une médicalisation, « processus par lequel des évènements de la vie parfaitement naturels sont redéfinis comme des problèmes médicaux demandant le traitement d'un spécialiste » (Stolberg, 1999, p. 404, notre traduction). Le lieu de l'énonciation de la ménopause et l'espace de son saisissement socialisé est le cabinet médical dans notre contexte social : le saisissement de la ménopause se fait en interaction avec un médecin. Toutes les femmes que nous avons rencontrées ont abordé la question de la ménopause avec un médecin, généraliste ou gynécologue, au cours de cette période. Pour la plupart des interviewées (27/30), la ménopause est l'objet de la consultation. Les autres ont évoqué cette question soit au cours de visites de routine chez un gynécologue, soit au cours de consultations médicales ayant un objet différent.

A. L'éducation à une nouvelle grammaire corporelle

La consultation médicale à la ménopause est le lieu d'un processus d'apprentissage pour les femmes. L'interaction avec le médecin constitue, pour la plupart des femmes rencontrées, une étape nécessaire du parcours à la ménopause. Elles établissent ainsi un lien de nécessité entre la ménopause et le médecin :

> *« quand j'ai vu commencé à avoir des bouffées de chaleur, bon, j'ai évidemment été voir le médecin » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique)*
> *« Cécile : Vous êtes allez voir un médecin aux alentours de la ménopause ?*
> *Sophie : ah, oui, bah, oui, bien sûr, bien sûr ! » (Sophie, 55 ans, secrétaire)*

Ces propos illustrent le fait que la consultation médicale à la période de la ménopause ne se questionne pas : elle constitue une évidence. Ce lien de nécessité est à rapprocher de la définition de la ménopause en tant que processus « aux contours flous, entre normalité et maladie (…) ce qui fait que les patientes se sentent justifiées dans leur consultation de médecins » (Massé et Légaré, 2001, p. 58). Pour la plupart des interviewées, le médecin constitue bien « le point de passage nécessaire de l'itinéraire » (Herzlich et Pierret, 1984, p. 235) de la ménopause. L'interaction avec le médecin joue un rôle déterminant dans l'apprentissage des signes de la ménopause : au cours de la consultation médicale, en effet, le médecin se fait éducateur. La cessation des menstruations et les bouffées de chaleur sont les thèmes principaux d'apprentissage. Ainsi, les médecins guident les femmes au cours de l'éducation à la cessation des menstruations :

> *« ma gynécologue m'a dit ''vous êtes en pré-ménopause'', c'est-à-dire pendant trois mois vous allez pas voir vos règles, un mois après vous allez les voir, etc. ... Je notais tous les mois quand j'avais mes règles depuis l'âge de 48 ans, je notais quand je les avais ou pas, parce que la gynécologue me le demandait » (Bernadette, 62 ans, commerçante)*
> *« ma gynéco m'avait prévenue que j'allais être ménopausée, donc que je n'allais plus avoir mes règles régulièrement » (Marthe, 51 ans, au chômage)*
> *« j'ai vu que les règles, c'était de moins en moins en quantité et en durée… mais c'était ma gynéco qui attirait mon attention dessus » (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition)*
> *« le gynéco nous explique, il me disait ''vous n'allez plus avoir de règles, mais des fois vous allez les re-avoir'', il dit ''c'est tout à fait normal, petit à petit vos règles vont s'arrêter'' » (Monique, 57 ans, vendeuse).*

Cet apprentissage est un élément fondateur de l'expérience des femmes à la ménopause physiologique. Roselyne décrit tout à la fois l'attention qu'elle portait à ses dernières règles et l'échec de ses pronostics :

« quand des fois j'avais pas mes règles pendant 3, 4 mois, je me disais ''ça y est c'est fait !'' Et puis non, elles étaient encore là,! Donc le jour où ça faisait 6 mois sans, ah, ça y est! Et puis après ''ah, ça fait un an'' ! Et puis après, quand je suis allée chez le médecin, il m'a dit que j'étais ménopausée! » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire)

Les bouffées de chaleur constituent l'autre objet majeur d'apprentissage en interaction avec le médecin, qui participe de cette éducation tant dans la lecture du corps que dans les pratiques à tenir :

« les bouffées de chaleur, je sais pas ce que c'est, j'en ai jamais eu, mais ma gynéco m'avait dit que ça pouvait arriver» (Marthe, 51 ans, au chômage)
« la ménopause, ça a été non identifiable chez moi, à part quelques bouffées de chaleur et encore, c'est parce que je sais par le médecin que la ménopause donne des bouffées de chaleur, mais si je le savais pas, je crois que ça me serait passé complètement à côté ! » (Dinah, 58 ans, avocate)
« avec les bouffées de chaleur, il faut toujours être dans des endroits frais, comme dit mon médecin, donc mon mari n'est pas content mais même l'hiver, on dort les fenêtres ouvertes ! » (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite).

Hélène, une interviewée déclarant n'avoir eu aucun symptôme à la ménopause nous explique son intimité avec les bouffées de chaleur par l'apprentissage auprès de sa gynécologue :

« c'est ma gynéco qui a attiré mon attention sur les symptômes désagréables. Sans elle, j'y aurais pas pensé. Elle me demandait à chaque fois que la voyais : ''est-ce que vous ne commencez pas à avoir des bouffées de chaleur ?'' Je lui disais '' non'', mais, à chaque fois, c'était la question. Les bouffées de chaleur, je m'attendais quelque part à avoir ce genre de trucs et je l'ai pas eu, mais je m'y attendais parce que ça faisait partie du truc… » (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition).

Si elle a bien appris cet élément saillant de la grammaire corporelle de la ménopause, Hélène échoue ainsi dans le décryptage qu'elle en fait, comme l'illustrent ses propos :

« je savais ce que c'était les bouffées de chaleur, mais j'en avais pas et une nuit, je me suis réveillée en sueur et je me suis dit : ''ça y est, c'est les bouffées de chaleur !'' », mais en fait c'était que ma couette était trop chaude pour la saison, donc j'ai juste changé de couette ! Et j'ai pas eu de bouffées de chaleur du tout à la ménopause» (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition).

L'apprentissage peut prendre des formes rigoureuses, telle la tenue d'un carnet de symptômes sur la demande du médecin, comme c'est le cas pour Pascale :

« comme je lui ai parlé de mes bouffées de chaleur, le gynéco m'avait demandé de noter les séquences, ''quand vous avez ces bouffées de chaleur'', ''pour voir si vous avez d'autres signes, essayez de les noter et on se revoit dans 6 mois'' et c'est ce que j'ai fait. J'ai noté les bouffées de

chaleur dans un petit carnet. Je notais le jour où je les avais, mercredi 12 avril, et combien de temps ça durait, si j'en avais plusieurs à la suite, si c'était quelque chose qui restait un peu longtemps, si c'était répétitif, si j'en avais plusieurs fois par jour, si c'était plutôt de matin, le soir, dans la journée, et donc c'est ce que j'ai noté. J'avais mon carnet dans mon sac et je le sortais, je notais vite, au bureau, vite comme ça et si j'étais en réunion, j'essayais de me le rappeler et de la marquer, bon, j'ai peut-être oublié 1 ou 2 fois de noter un truc, mais enfin, c'est ce qu'il souhaitait avoir » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique)

La mise en système des manifestations de la ménopause, construites comme marqueurs à traiter, fonctionne comme un lieu pathologique commun. Érigé comme norme, ce lieu commun balise l'expérience des femmes :

« quand j'étais allée voir mon médecin, il m'a dit que la ménopause donnait 4 choses, il m'a dit '' bouffées de chaleur, énervements, plus de règles et grossir''. Ces 4 choses » (Monique, 57 ans, vendeuse).

L'assignation du corps ménopausé à un certain nombre de symptômes construit l'expérience des femmes dans leur chair : la normalisation joue sur le sens donné aux manifestations physiques et la manière de les appréhender. Ce lieu pathologique commun fonctionne non seulement comme référent et étalon pour les femmes, mais plus encore, comme cadre d'expérience de la ménopause. Ainsi, parce qu'elles n'ont pas éprouvé de symptômes ou très peu, certaines les femmes font part du sentiment de ne pas avoir expérimenté la ménopause :

« je ne suis pas touchée par la ménopause, j'ai pas de bouffées de chaleur» (Jacqueline, 58 ans, sans profession)
« la ménopause, j'en vois pas trop la couleur, j'ai pas de soucis, pas de bouffées de chaleur, je ne suis pas malade, rien » (Marthe, 51 ans, au chômage).

Les autres interviewées évaluent leur manière de vivre la ménopause en fonction du nombre de symptômes qu'elles éprouvent, de leur durée et de leur sévérité. Le symptôme fonctionne comme grille de lecture et de sens :

« la ménopause, pour moi, ça s'est bien passé : je n'ai jamais eu de bouffées de chaleur ou la chemise de nuit trempée » (Évelyne, 59 ans, sans profession)
« j'ai quand même vécu la ménopause un peu difficilement, parce que j'avais beaucoup de bouffées de chaleur… En fait, j'étais pas bien dans ma peau, parce que j'avais tout un tas de symptômes physiques » (Inès, 59 ans, agent immobilier).

Pour nos interlocutrices, ce qui est construit comme objet légitime de pensée et donné comme cadre d'expérience de la ménopause sont les maux qui pourraient en découler. Si, au

cours de la consultation médicale, le médecin se fait éducateur, nous allons voir maintenant qu'il endosse également le statut de passeur.

B. Le rituel qui actualise le genre

Au cours de la consultation médicale, le médecin endosse un rôle de passeur : il fait passer les femmes à l'état social de ménopause. Plus précisément, au cours de l'interaction avec le médecin se réalise un procédé d'étiquetage. Est, en effet, associée aux femmes l'étiquette de la ménopause, comme l'illustrent leurs propos :

> *« j'avais de moins en moins de règles, donc je suis allée voir le gynéco qui m'a dit que certainement j'étais en préménopause » (Léa, 52 ans, chargée de paie)*
> *« j'étais en train de faire une sécheresse vaginale et puis plus tellement l'envie d'avoir des rapports, c'est pas évident, donc c'est pour ça que j'étais allée voir le médecin, et il m'a dit ''c'est la ménopause'' » (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite)*
> *« j'avais un contrôle gynécologique à faire une fois par an, donc je suis allée voir mon gynéco. Il a regardé, il a passé une échographie, il m'a dit ''votre utérus est plat, il fait un trait donc vous êtes ménopausée'' » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire).*

Ce type d'interaction est marqué par un processus de performativité. Les femmes donnent, en effet, au médecin le soin de mettre des mots sur le processus en marche et de dire, dans une logique performative, l'avènement de la ménopause : « si le rituel se soutient, c'est seulement d'une parole, et de qui la dit » (Favret-Saada, 1977, p. 25). Ainsi, alors qu'elles-mêmes renvoient les signes qu'elles éprouvent à la ménopause, elles laissent le médecin dire l'accession au statut d'individu ménopausé :

> *« j'avais quand même pensé à la ménopause » (Lisette, 57 ans, sans profession)*
> *« je me doutais que c'était le début de la ménopause » (Évelyne, 59 ans, sans profession).*

Nos interviewées font part de leur capacité à lire leur corps et à faire le lien de leur expérience corporelle avec la ménopause, mais elles n'opèrent pas l'acte de se nommer elles-mêmes « ménopausées » : on ne se déclare pas soi-même « ménopausée », on ne s'affirme pas telle. Ce soin est laissé au dépositaire légitime de la parole médicale, dans l'espace précis de la consultation médicale, au sein de laquelle le médecin se fait « agent d'officialisation du changement » (Glaser et Strauss, 2010, p. 189). Le processus à l'œuvre pendant la consultation médicale s'inscrit dans une forme de dessaisissement des femmes sur leur propre expérience : « le médecin, par son diagnostic et son protocole d'analyse, devient le dépositaire

de l'identité des femmes et celui qui qualifie leur état. Elles ont peu de marge de manœuvre pour interpréter elles-mêmes la survenue de ce fait biologique » (Vinel, *in* Héritier et Xanthakou, 2004, p. 229). La consultation médicale nous semble fonctionner comme un marqueur : s'y construit un passage de statut pour la femme. L'expérience des femmes est, en effet, marquée par l'interaction avec un médecin au sein de laquelle se réalise la « transformation du sujet femme en sujet femme ménopausée » (Vinel, 2004, p. 5). Cet espace d'interaction touche de près, en outre, la forme du rituel. En tant que tel, sa fonction « n'est pas purement utilitaire (…) (Son) efficacité réside aussi dans l'acte lui-même, dans l'affirmation qu'il constitue, dans l'expérience qui porte son empreinte » (Douglas, 2001, p. 86). L'affirmation de la ménopause y est réalisée, non par les femmes, mais par les médecins. Or, posséder le pouvoir de nommer, c'est posséder le pouvoir de faire advenir l'identité. Le fait que les femmes soient dégagées de la légitimité de se nommer elles-mêmes rejoue une forme de dessaisissement sur leur propre expérience. En outre, l'acte performatif est essentiellement efficace : « les actes performatifs sont des formes de discours faisant autorité, (…) des affirmations qui, lorsqu'elles sont prononcées réalisent une certaine action et exercent un pouvoir contraignant » (Butler, 2009, p. 227). En ce sens, nous analysons l'interaction avec le médecin comme dispositif d''actualisation du genre tendant à peser sur l'agentivité des femmes.

Le caractère nodal de la nomination par le médecin traverse les propos de Maud. Celle-ci relève la dimension centrale des paroles de son médecin dans la perception de son statut de « femme ménopausée » :

> *« la ménopause, ça n'a pas été des symptômes pour moi, moi je n'ai rien ressenti, c'est le médecin qui m'a dit, '' voilà, c'est la préménopause''. J'ai été mise devant le fait accompli. S'il n'y avait pas eu le mot ''ménopause'' et le médecin, ça me serait passé complètement à côté » (Maud, 50 ans, juriste).*

Or, « recevoir une identité implique d'être assigné à une place spécifique dans le monde » (Berger et Luckmann, 2006, p. 228). Ainsi, en nommant « ménopausée », le médecin opère une désignation sociale sous-tendue par des valeurs spécifiques. Du fait des représentations dépréciatives associées à la ménopause dans notre contexte social, cette nomination consiste en l'assignation des femmes à une catégorie minorée.

Soulignons que « lorsqu'on change le nom d'un objet, on réajuste sa relation à lui et, *ipso facto,* on modifie son comportement en fonction de ce réajustement » (Strauss, 1992b, p. 24). Le même processus est à l'œuvre dans l'opération de nomination de « femme ménopausée » :

en nommant, le médecin opère une désignation sociale qui a des effets sur les sujets. Or, « la nomination est à la fois l'établissement d'une frontière et l'inculcation répétée d'une norme » (Butler, 2009, p. 21). Faire passer du statut de femme à celui de « femme ménopausée » consiste à actualiser le genre en assignant les femmes à la physiologie. Cette nomination repose, en effet, sur une catégorisation non neutre : l'assignation des femmes à un signifié spécifique, du fait de leur stérilité. Ce qui est en jeu ici est donc la mise en place d'une césure du point de vue de l'identité des femmes : l'acte de les faire advenir « ménopausées » opère leur catégorisation hors des bornes de la catégorie « femme », dans un « site d'exclusion » (Butler, 2009, p. 21). Toutes les femmes rencontrées sont ressorties de cette visite médicale « ménopausées » et cette opération d'étiquetage touche à l'identité, en tant que celle-ci est le produit d'interactions sociales car « c'est en fonction de la manière dont nous sommes vus ou définis par les autres que nous nous percevons nous-mêmes » (Blumer, 1998, p. 13, notre traduction). Si, « le statut ne produit nullement un rôle catégorique » (Le Breton, 2004, p. 62), l'interaction avec un médecin consiste toutefois en un apprentissage de l'appartenance à une nouvelle catégorie pour les femmes : celle de « femme ménopausée ».

La consultation médicale est le lieu d'un processus d'étiquetage au cours duquel est associé aux femmes le statut de « femmes ménopausées ». Elle constitue une forme de rituel actualisant le genre, en tant qu'elle est caractérisée par un dessaisissement des femmes sur leur propre expérience et une catégorisation minorante. Parce que la médecine constitue le cadre légitimé d'énonciation de la ménopause, le médecin, éducateur et passeur dans l'apprentissage de la ménopause, fait figure de référence savante pour les femmes. Or, nous allons voir que l'apprentissage de la ménopause se fait également en interaction hors du cadre médical avec des figures profanes.

1.2.3 Les figures profanes dans l'apprentissage de la ménopause

L'expérience de la ménopause physiologique est l'objet d'un apprentissage par les femmes : celui d'une nouvelle grammaire corporelle. Hors de la consultation médicale, cet apprentissage se réalise en interaction avec des figures « profanes » (Freidson, 1984, p. 131) : la mère, les femmes de la famille et les pairs. Les interactions avec celles-ci, ou leur absence, jouent un rôle essentiel dans cette expérience. Ces interactions ne sont pas systématisées : elles se distribuent de manière différente selon les catégories socioprofessionnelles et les lieux de résidence des femmes rencontrées.

A. La figure de la mère dans l'apprentissage de la ménopause ou la physiologie en héritage

Toutes les femmes rencontrées ont évoqué leur mère lors de l'entretien, que celle-ci constitue une figure d'interaction réelle ou non. Si une expérience de ménopause est connue, c'est celle de la mère ou d'une figure féminine familiale référente : dans ce cas, les femmes connaissent l'âge de la ménopause, les perceptions associées et les manifestations éprouvées. Cette connaissance joue en tant qu'éducation à la ménopause : il semble bien qu' « en matière de représentation du vécu, des symptômes et de la temporalité, la mère est quasiment la seule référence des femmes. (Elle) sert d'identification et de point de comparaison » (Vinel, *in* Héritier et Xanthakou, 2004, p. 226).

Toutes les femmes construisent l'expérience de la ménopause comme définie par l'hérédité. À leurs yeux, elle relève de l'atavisme : l'âge à laquelle elle survient et les symptômes liés, se transmettent de mère en fille, dans une sorte de « filiation du corps » (Mardon, 2009, p. 116, note 5) :

> *« on m'a toujours dit qu'on était fait sur le même modèle que nos mères. Ma mère et moi, on a eu nos règles au même âge et ma mère n'a pas eu de symptômes de ménopause, elle n'a jamais pris de traitement et moi je n'ai pas de symptômes » (Maud, 50 ans, juriste)*
> *« maman n'avait rien eu de tout ce qui est bouffées de chaleur et tout ça donc je me disais qu'avec l'hérédité, je n'avais pas à m'angoisser particulièrement » (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition)*
> *« on dit que ça se passe comme sa maman, la ménopause et pour moi, ça s'est passé comme pour ma maman » (Évelyne, 59 ans, sans profession).*

Si toutes les femmes évoquent la figure de leur mère, notre enquête corrobore celle de Vinel : « deux figures maternelles émergent, celle qui exprime à sa fille ses préoccupations et ses difficultés, et celle qui reste muette » (Vinel, 2008, p. 12). Le partage d'une expérience est plutôt le fait femmes vivant en milieu rural et de catégories populaires, tandis que les femmes urbaines et de CSP supérieures évoquent plutôt le silence qui, au même titre que pour les ménarches, a entouré la ménopause maternelle. Toutefois, nous ne pouvons faire dépendre de catégorie sociale la proximité avec la mère et certaines rurales font également état du silence de leur mère.

Lorsque la question de la ménopause est l'objet d'un échange avec la mère, on remarque que celle-ci opère comme référence pour les femmes rencontrées. Plus précisément, elle fonctionne soit comme repoussoir, soit comme modèle, avec pour cœur des affects le souvenir que nos interviewées gardent des symptômes et de leur retentissement chez leur mère :

« ma mère a eu très peu de symptômes à part les bouffées de chaleur, c'est tout, donc apparemment ça s'est bien passé. Et les traitements, ma mère m'a dit qu'elle n'en a pas pris et je vais faire comme elle je pense » (Odette, 49 ans, gérante de société)
« ma mère et ma grand-mère avaient des bouffées de chaleur, elles grossissaient, elles étaient mal dans leur peau, je l'ai vu, ça m'a traumatisée ! Parce que je trouvais ça pas bien ! Bah non ! Je me disais que c'était pas possible qu'arrivée à cet-âge-là on devienne comme ça quand même ! » (Bernadette, 62 ans, commerçante).

Ce sont les femmes vivant en milieu rural et de catégories populaires qui évoquent le partage entre femmes de la famille au sujet de la ménopause. Elles se remémorent leurs aînées faisant part de leurs expériences. Si ce n'est pas leur mère, d'autres membres féminins de leur famille ont fait part d'une expérience qui marque leur éducation à la ménopause et à ses signes :

« c'est un sujet dont ma grand-mère parlait souvent et qu'est-ce qu'elle pouvait s'en plaindre ! ''Oh, j'ai des bouffées de chaleur'' ! ''J'en peux plus !''» (Odette, 49 ans, gérante de société)
« par le bouche à oreille avec ma mère et ma grand-mère, je savais que la ménopause c'était très tôt dans notre famille, donc je sais que ma grand-mère a eu la ménopause à 33 ans, ma tante à 45 ans et pour ma mère, elle s'est fait ligaturer les trompes » (Pauline, 55 ans, assistante maternelle).

Lorsque la mère partage son expérience de la ménopause, elle est généralement le catalyseur d'une discussion autour de ses symptômes :

« ma mère l'a eue vers 52 ans, la ménopause, elle était très fatiguée et en hémorragie, elle me le disait » (Mylène, 52 ans, secrétaire)
« on en a parlé quand ça lui est arrivé à elle, comme on a de bons rapports, on en a discuté toutes les deux, elle m'a expliqué ce que c'était et tous les problèmes qu'on pouvait avoir derrière, parce qu'elle a eu beaucoup de problèmes de ménopause, dès qu'elle a été en ménopause, elle a eu un staphylocoque doré qui a duré 6 mois, des trucs comme ça » (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite).

Plus rarement, certaines interlocutrices ont expliqué avoir été elles-mêmes catalyseurs d'une interaction au sujet de la ménopause avec leur propre mère, dans la logique d'un partage de savoir :

« c'est moi qui lui en avais parlé, j'avais dans les 40 ans, parce que je savais qu'un jour j'allais avoir la ménopause, donc je voulais savoir comment ça s'était passé pour elle, ce qu'elle avait eu, parce que souvent ça se passe comme sa mère » (Évelyne, 59 ans, sans emploi)
« on en a parlé avec ma mère. J'avais dû lui demander ce qu'elle avait eu comme symptômes, des bouffées de chaleur, ça lui avait duré un petit moment. Donc on en a parlé, peut-être une ou deux fois, pour savoir les symptômes qu'elle avait eus, ''tiens, j'aurais les mêmes que toi'' parce que je suis sa fille » (Lisette, 57 ans, sans profession).

Parmi les femmes rencontrées, nombreuses sont celles pour qui la mère constitue néanmoins une figure muette. La plupart de ces femmes expliquent ce mutisme soit par les mœurs de l'époque où leur mère a été ménopausée, soit par les difficultés à dire les transformations liées à la physiologie dans le cadre familial. Leur histoire est caractérisée par un mutisme sur la physiologie féminine. Les règles comme la ménopause sont entourées de silence :

> *« ma mère me parle pas de tout ça, ses ressentis et tout ça. Déjà les règles, c'est pas ma mère qui m'en a parlé, à cette époque-là c'était un peu tabou, c'est ma sœur aînée qui m'avait prévenue et après les copines. La relation avec les mamans, à l'époque, tout était tabou, tout était difficile… Et la ménopause, c'est pareil avec elle, ma mère je sais même pas à quel âge ça lui est arrivé, parce qu'on en parlait pas » (Léa, 52 ans, chargée de paie)*
> *« les règles, je pouvais pas en parler à ma mère, elle ne l'acceptait pas du tout, tu sais, c'est pas drôle, j'avais pas de sexe pour elle.(…) la ménopause, j'ai essayé une fois d'en parler avec elle, des bouffées de chaleur, et elle m'a dit sèchement ''ah mais moi je n'en ai pas eu !'', donc pour ma mère, c'est comme si ça n'existait pas et j'ai pas pu lui en parler » (Rachel, 61 ans, cadre de la fonction publique à la retraite)*
> *« j'ai pas parlé de la ménopause avec ma mère, et elle m'a pas parlé de la sienne et dans l'autre sens, ma mère n'a jamais vraiment accepté que je devienne adolescente non plus, je me souviens même pas si elle m'a dit quelque chose quand j'ai eu mes règles» (Julie, 54 ans, urbaniste)*

L'absence de figure féminine de référence pèse sur leur perception de la ménopause et laisse parfois place à un sentiment de malaise et de solitude chez ces femmes au moment où elles en font l'expérience :

> *« moi, j'ai aucune référence, parce que ma mère n'en parlait jamais et elle n'est plus là maintenant donc je ne risque pas d'en parler avec elle, donc je me sens plutôt… je peux m'appuyer sur rien, je me sens un peu seule face à ça » (Virginie, 46 ans, coordinatrice animation dans une école)*
> *« j'ai pas pu en parler à ma mère et je n'ai eu aucune ancêtre ou parente avec qui, éventuellement, j'aurais pu m'entretenir de ce genre de choses qui nécessite d'avoir quand même un certain rapprochement avec la personne… pour ma mère, c'est comme si ça n'existait pas et c'est pas bien parce que ça existe…ça n'aide pas à se sentir bien… » (Rachel, 61 ans, cadre de la fonction publique à la retraite)*
> *« personne n'en parle, c'est un tabou, même entre femmes, quand on se connait juste comme ça, on n'en parle pas, on peut se sentir très seule à ce moment-là et on n'a personne à qui en parler… Je me suis sentie seule parce que j'avais l'impression que je ne pouvais le partager avec personne et on est seul parce que c'est quand même un tabou » (Julie, 54 ans, urbaniste)*

L'absence de figures d'apprentissage de la ménopause semble donc jouer un rôle dans la manière dont les femmes vivent cette expérience.

Lorsque la ménopause ne peut constituer un sujet d'échanges avec la mère, d'autres figures sont convoquées avec plaisir. Ainsi, Léa qui n'est pas proche de sa mère, fait part de sa satisfaction à pouvoir évoquer la question de la ménopause avec sa belle-mère :

> *« ma belle-mère, c'était la première qui m'en a parlé, elle s'en plaignait parce qu'elle avait pris du poids et puis ma belle-mère me parlait plus que ma mère, beaucoup plus, peut-être parce que je suis sa belle-fille et c'est plus facile d'en parler à une belle-fille qu'à une fille, donc elle me parlait d'elle et c'était bien » (Léa, 52 ans, chargée de paie).*

La mère constitue une figure importante dans l'expérience de la ménopause, pensée par les femmes comme un atavisme. Qu'elle soit une figure du partage ou du silence au sujet de la ménopause, toutes les femmes évoquent la figure de leur mère. Au-delà de cette figure particulière, l'apprentissage de la ménopause se réalise en interaction avec les femmes de la famille et les pairs.

B. Les mécanismes d'apprentissage de la ménopause avec les femmes de la famille et les pairs

Au cours des interactions avec les femmes de la famille et les pairs au sujet de la ménopause, un savoir s'échange et s'acquiert. Cet apprentissage passe par différents mécanismes : l'observation, le partage d'expérience, la recherche de conformité et l'apprentissage de techniques de gestion du corps.

Quelque soit les interactantes, l'observation constitue un ressort important de l'apprentissage de la ménopause. La question du regard et du souvenir visuel des manifestations corporelles traverse, en effet, les propos des femmes rencontrées :

> *« ma grand-mère avait beaucoup de bouffées de chaleur, ça nous faisait rire, parce que c'était au point où il fallait qu'elle se mette en soutien gorge ! J'ai des images comme ça de ma grand-mère, sur le moment ça me faisait rire !» (Odette, 49 ans, gérante de société)*
> *« j'ai jamais vu ma mère se plaindre de bouffées de chaleur, je crois que je l'ai jamais vu avoir des bouffées de chaleur, donc je m'attendais pas à une catastrophe quoi ! » (Inès, 59 ans, agent immobilier)*
> *« les bouffées de chaleur, j'ai vu ça parce que j'avais une secrétaire qui en plein hiver était en débardeur la fenêtre ouverte, on avait le même âge et elle a eu sa ménopause plus tôt que moi, je me disais ''oh, ça va être gai !'', je voyais qu'elle avait chaud puis froid, c'était vraiment un oignon qui s'épluchait » (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition).*

Ainsi, corroborant l'analyse de Vinel (2008), nous remarquons que les épisodes relatés par les femmes dans la socialisation de la ménopause et les champs lexicaux employés placent le sens de la vue comme une dimension centrale dans la socialisation de leur expérience :

> *« avec ma responsable, on n'en parle pas, mais quand elle me voit que j'ouvre la fenêtre le matin, elle me dit 'oh il fait chaud !' et je sais qu'elle est pareille, en ménopause, mais il faut pas lui en parler » (Léa, 52 ans, chargée de paie)*
> *« ma mère a eu surtout des bouffées de chaleur, mais les bouffées de chaleur, je le voyais, elle ne m'en parlait pas forcément, mais je le voyais et elle me disait que c'était par intermittence, parce que je lui demandais mais c'est tout, elle ne m'a rien dit d'autre en fait… » (Odette, 49 ans, gérante de société).*

Le partage d'expérience entre femmes de la même famille est plutôt le fait des femmes vivant en milieu rural et des catégories populaires. L'évocation de la cessation des règles et des bouffées de chaleur traverse leurs expériences :

> *« j'en ai parlé avec ma sœur qui est dans le même cas, avec ma belle-sœur. On en parle comme ça, naturellement : ''tiens ça va ? Oui, ça irait mieux si j'avais pas les bouffées !'' On en parle plus quand on est entre nous, quand on est entre filles, on est dans les mêmes âges, avec ma belle-sœur aussi » (Léa, 52 ans, chargée de paie)*
> *« j'en parle avec une de mes belle-sœurs, parce qu'elle a plus ses règles, en fait elle s'est fait opérée, elle est plus ou moins ménopausée et justement on a parlé de ça » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire)*
> *« moi, j'en ai parlé autour de moi avec mes sœurs, elles me disaient ''oh, mais c'est normal les bouffées de chaleur quand t'as la ménopause, c'est normal, rien d'extraordinaire'' donc j'ai laissé passer tranquille, ça a fait son petit chemin, tranquille, j'ai laissé faire » (Josée, 65 ans, vendeuse à la retraite).*

À la table de la commensalité, les expériences de ménopause se racontent :

> *« j'ai 6 sœurs et on s'en parle maintenant que tout le monde est arrivé à ce stade-là. Quand on se voit, même au cours d'un repas ça nous dérange pas, si le sujet tombe, quelqu'un qui raconte que cette nuit elle a pas bien dormi, elle avait chaud, on sait qu'elle a passé une mauvaise nuit parce qu'elle avait des bouffées de chaleur ! » (Annette, 57 ans, institutrice à la retraite)*

Le récit de Léa illustre à quel point l'interaction constitue un ressort important dans le processus d'apprentissage de la ménopause en ce que les manifestations corporelles prennent sens en son sein :

> *« ma mère nous disait toujours ''moi la ménopause ça m'a rien fait''. Avec ma sœur, quand on lui a expliqué ce que ça nous faisait les bouffées de chaleur, elle nous a dit ''moi aussi des fois ça me faisait ça : j'avais chaud !'', mais elle, elle met pas de mots dessus ! C'est depuis qu'on lui en parle qu'elle nous a dit ''ah bah si, des bouffées de chaleur, j'en ai eu !''. À force de nous entendre, on lui dit comment ça nous fait, que ça prend là,*

dans la nuque, que ça nous inonde, ça irradie le dos, à force de lui dire ça, elle a dit ''moi aussi ça me le faisait''. Donc en fait elle en a eu des bouffées de chaleur, mais elle savait pas que c'était des bouffées de chaleur ! » (Léa, 52 ans, chargée de paie).

Avant cette interaction, la mère de Léa n'avait jamais eu de bouffées de chaleur. C'est dans l'échange avec ses filles que cette nomination se fait. L'interaction opère comme espace de création de sens pour la mère de Léa : « on lui fait prendre conscience de certaines détails précis dans ses sensations, qu' [elle] a pu ne pas remarquer ou, si [elle] les a remarqués, qu' [elle] n'a peut-être pas su reconnaître comme des symptômes » (Becker, 1985, p. 71).

Entre les femmes de la famille, les bouffées de chaleur et les sautes d'humeur constituent le motif d'interaction principal, mais aussi un moyen détourné de révéler le nouvel état. Elles apparaissent comme le prétexte catalyseur de l'interaction dans un contexte social où les manifestations du corps peuvent se donner à voir et se dire. Les propos de nos interviewées illustrent l'échange de savoir :

« à ma sœur, j'ai dû lui dire quand j'ai eu des bouffées de chaleur, je lui ai demandé si elle en avait, ça a commencé comme ça, pour savoir » (Léa, 52 ans, chargée de paie)
« ma belle-sœur avait des bouffées de chaleur, donc elle me demandait comment c'était la ménopause» (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire).

L'échange de techniques de gestion du corps est également en jeu :

« c'est du bouche à oreille au sein de la famille, on a eu des échanges, unetelle dit ''je prends ça'', une autre ''moi je prends ça''. C'est au niveau de la famille qui nous donne des indications, mes belle-sœurs et mes sœurs, ''on se sent pas bien, qu'est-ce que tu fais toi ?''. C'est comme ça que j'ai appris qu'il y avait des traitements aux plantes » (Annette, 57 ans, institutrice à la retraite)

Lorsque la ménopause est objet d'interactions, c'est par le prisme du symptôme, celui visible et dicible des bouffées de chaleur le plus souvent, et des sautes d'humeur dans une moindre mesure. Ainsi, il nous semble que le symptôme constitue le prisme d'éducation à la ménopause et la manière légitimée d'évoquer cette expérience entre les femmes de la famille dans notre contexte social.

Pour la grande majeure partie des femmes rencontrées, la ménopause est l'objet d'interactions avec les pairs : les femmes l'évoquent avec des amies et des collègues proches lorsqu'elles sont de la même génération. Il s'agit de « la meilleure amie » ou d'une collègue avec qui les liens dépassent le cadre professionnel. Ces interactions jouent un rôle déterminant dans l'apprentissage de la ménopause. Les motifs en sont l'anticipation, la comparaison et

l'information, largement par le prisme symptomatologique. Ainsi, au début du parcours de la ménopause les femmes interrogent leurs pairs plus avancées, dans le but d'anticiper l'expérience :

> *« l'année dernière j'en ai parlé avec une fille avec qui je travaille, qui a 54 ans, pour savoir, si ça avait été long, si elle avait grossi, les rides, si elle avait été malade, ce que ça avait changé en fait. Ça me permettait de savoir ce à quoi m'attendre… » (Maud, 50 ans, juriste)*
> *« on en a parlé avec mes copines, parce que celles qui ont commencé à avoir des symptômes en parlaient à celles qui avaient déjà, pour savoir ''ça dure longtemps ?'', ''combien d'années?'', ''moi ça fait déjà deux ans'', ''moi au bout d'un an c'était terminé'' » (Lisette, 57 ans, sans profession)*
> *« je parlais avec les copines que j'ai peur de grossir, une copine a gonflé et je lui ai dit, elle m'a dit que c'était à cause de la ménopause » (Nora, 53 ans sans profession)*
> *« j'ai demandé à mes sœurs pour les bouffées de chaleur, elles disaient ''c'est normal, ça nous a fait à toutes la même chose'', elles sont toutes plus âgées que moi donc elles avaient toutes eu le même souci que moi en définitive donc elles me disaient '' on l'a toutes eu ça c'est rien, ça passe'', j'en avais parlé avec ma sœur aînée, et mes deux autres sœurs plus âgées que moi, elles étaient déjà passées par là toutes les trois. On parlait de ça, de dire ''ouh la la ! J'ai des bouffées de chaleur !'' ou ''je suis allée chez le médecin, il m'a dit ci'' » (Josée, 65 ans, vendeuse à la retraite).*

Il s'agit également pour elles de comparer leur propre expérience et de valider sa conformité :

> *« quand j'avais plein de symptômes, je suis allée voir ma meilleure copine : ''est-ce que toi ça t'a fait ça ?'' » (Virginie, 46 ans, coordinatrice de l'animation dans une école)*
> *« moi j'avais des questions sur les symptômes pour ma copine : ''est-ce que ça te fait la même chose que moi ? Est-ce que ça te fait ci, est-ce que ça te fait ça ?'' » (Mylène, 52 ans, secrétaire)*
> *« on en a parlé de la ménopause avec mes copines, une n'a plus eu de règles à 40 ans, l'autre les a eues parfois pendant un mois, moi, je ne les avais plus trop à un moment, c'est de ça qu'on parle » (Nora, 53 ans sans profession).*

Enfin, les femmes sont à l'affût d'informations concernant les possibles traitements des symptômes. S'échangent ainsi des techniques de gestion du corps :

> *« à une collègue qui était vraiment pas bien, elle avait des symptômes un peu lourds, elle était un peu inquiète, j'ai expliqué que j'ai pris un traitement, je lui en ai parlé pour dire ''ça s'est bien passé pour moi, vous faites pas trop de soucis, il y a des solutions qui existent'', je l'ai plutôt rassérénée, donc je lui ai dit ''il faut aller voir votre gynéco, il va vous donner un traitement » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique)*
> *« j'en ai parlé avec des amies qui sont dans ma tranche d'âge, à celles qui l'ont déjà vécu et d'autres qui sont comme moi dans cette phase. Elles m'ont donné des conseils sur le substitutif hormonal. Elles en prennent pas, elles m'ont dit ''ça peut provoquer ci et ça''... » (Mylène, 52 ans, secrétaire)*

« on a parlé de ça avec les collègues, j'en ai plusieurs qui sont ménopausées, donc on en parle, des bouffées de chaleur, des suées nocturnes, des médicaments qu'elles prennent, c'est avec des collègues où on s'entend bien, on est copines. C'est une collègue qui m'en a parlé, du traitement, parce que j'avais des bouffées de chaleur, elle m'a dit que c'était efficace donc j'ai essayé. Et j'en ai parlé à une autre collègue de travail, ça fait au moins 5 ans qu'elle est ménopausée, mais elle a toujours des bouffées de chaleur, donc je lui ai dit ''essaie ça'' » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire).

Si ces pairs constituent une source d'informations, il faut remarquer l'importance que ces interactions revêtent pour les femmes au-delà de leur caractère pratique :

« j'en ai parlé à une amie qui a à peu près le même âge que moi, qui est à peu près dans les mêmes conditions que moi, pour comprendre ce qui m'arrivait, parce que je me sentais pas bien et je ne comprenais pas pourquoi, donc c'était important d'en parler, pour comprendre, pour partager tout simplement, pour se sentir moins seule dans cet état » (Virginie, 46 ans, coordinatrice de l'animation dans une école)
« en parler avec les amies, ça fait un conseil, on a un soutien, quelqu'un à qui parler de ce problème-là, c'est quand même un problème pour la femme à cette période » (Mylène, 52 ans, secrétaire).

En aucun cas la ménopause n'apparaît comme une question que les femmes abordent en dehors de l'intimité d'une conversation avec des pairs en qui elles ont confiance :

« je ne vais pas en parler facilement avec tout le monde, déjà c'est un sujet dont on parle plus à deux que si on est quatre ou cinq. Et il faut être intime pour en parler, donc avec certaines collègues, on n'était pas assez intime pour en parler » (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite).

Il s'agit d'un apprentissage entre initiés intimes :

« ça arrive de temps en temps que j'en parle avec d'autres femmes, une amie ou une collègue qui est aussi une amie, elles sont ménopausées (...). C'est avec des personnes que je connais bien, je vais pas en parler à tout le monde, la ménopause ça touche l'intime, la féminité, je pense pas que j'ai envie d'en parler comme ça à tout le monde » (Patricia, 58 ans, art thérapeute)
« j'en ai parlé avec de très bonnes amies, c'est des amies depuis l'adolescence, on a le même âge, on en a parlé, mais voilà c'est avec deux très bonnes amies, c'est pas non plus n'importe qui, non, parce qu'effectivement, c'est quand même du domaine de l'intime » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique)
« à part à une ou deux copines très proches à qui j'ai pu en parler, c'est tout, c'est pas le genre de choses de quoi on discute avec n'importe qui ! Il faut que ce soit une amie, une sœur ou une belle-sœur, mais je me vois pas parler de ma ménopause avec n'importe qui, dans mon travail ou si, mais avec des collègues très, très proches » (Josée, 65 ans, vendeuse à la retraite).

L'apprentissage de la ménopause est aussi l'apprentissage du silence. Quelle que soit la CSP des femmes rencontrées, en effet, la ménopause n'est pas mondaine :

> *« socialement, on n'en parle pas… C'est pas un sujet… C'est un truc de femmes… Et en plus il y a quand même quelque chose qui s'apparente à la honte, à un échec annoncé » (Julie, 54 ans, urbaniste)*
> *« y'en a qui disent, ''oh les histoires de bonnes femmes, ça m'intéresse pas'', donc on en parle surtout qu'entre femmes, parce que je crois aussi que, tout autour, il y a comme un tabou, comme si c'était tabou de dire qu'on est ménopausée » (Léa, 52 ans, chargée de paie).*

Aborder cette question demande un contexte d'intimité particulier. La présenter hors du cadre des symptômes supposerait d'évoquer des affects que l'on soutient parfois difficilement comme le montrent les propos d'Inès :

> *« il y a un peu un tabou, parce qu'accepter de parler de la ménopause, c'est accepter de parler, c'est ce terme, c'est accepter de parler du fait qu'on n'est plus… une femme, au sens maternel du terme… C'est vrai qu'on n'en parle pas beaucoup, et puis c'est peut-être aussi quelque chose d'assez intime… En général quand on en parle avec des amies, c'est surtout pour se dire 'toi, tu l'as vécue comment ? t'as pris un traitement ? t'as pas pris de traitement ?', c'est de l'ordre du physique, c'est pas tellement de l'ordre du mental en fait, on se fait pas tellement de confidences sur la façon dont psychologiquement, on a vécu la chose… On se dit simplement 'ça va ? t'es en forme ?' voilà, mais ça reste pratique » (Inès, 59 ans, agent immobilier).*

Évoquer la ménopause hors du prisme de la symptomatologie serait, pour les femmes, synonyme de donner de la voix sur la cessation de la fertilité et le vieillissement, c'est-à-dire, à leurs yeux, énoncer une forme d'amoindrissement :

> *« les gens ont ce truc-là de dire ''la ménopause, ah !'', ils aiment pas trop en parler. Les femmes aiment pas trop en parler, je sais pas, on dirait que c'est un truc encore tabou, qu'il faut pas trop en parler…. Les personnes ont peur d'en parler parce qu'elles se sentent vieillir avec ce cap » (Monique, 57 ans, vendeuse)*
> *« ce qu'il y a, c'est qu'on veut pas admettre, comment dire, qu'on a vieilli… Parce que dans la conscience collective, être ménopausée c'est ne plus être une femme, on te relègue parmi les… je sais pas, on te met au rebus quoi ! » (Inès, 59 ans, agent immobilier).*

En filigrane, évoquer la ménopause revient également à dire que le sang menstruel ne coule plus par le sexe et de ce fait, à évoquer la partie la plus intime de soi :

> *« c'est des choses dont on ne parle pas, des choses tout à fait personnelles, ça se garde pour soi parce que ça fait partie de son intimité. Je trouve que ce serait indécent de parler de ça, c'est mon corps, c'est ma personne, c'est moi » (Marthe, 51 ans, au chômage)*
> *« la ménopause, le sexe et tout ce qu'il y a autour, on n'en parle pas » (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite).*

Les femmes n'évoquent donc pas, hors du symptôme, une expérience qui les présenterait sous un jour défavorable à leurs yeux, ou alors sur le ton de l'humour :

> *« à mon mari je lui ai dit tout de suite pour la ménopause, je lui ai dit pour rigoler : ''ça y est, t'as une vieille dans ton lit !'' (rire), ça l'a fait rire !» (Pauline, 55 ans, assistante maternelle).*

Qu'ils soient acquis lors de partages d'expérience avec les mères ou les pairs, les informations et retours d'expérience constituent un savoir que les femmes prennent au sérieux. Cet apprentissage joue sur leur perception de la ménopause et l'expérience qu'elles en font. La tonalité de l'expérience des autres pèse sur leur appréhension de la ménopause. Des retours d'expériences positives opèrent comme facteur de réassurance :

> *« la collègue à qui j'en ai parlé de la ménopause, ça s'est passé sans problème, c'est passé comme une lettre à la poste. Comme j'en parle avec des gens pour qui ça n'a pas été un souci du tout, je pense que je me suis imprégnée de ça et ça a vraiment été comme une lettre à la poste pour moi aussi. Voir que finalement, ma copine a continué à travailler, à faire du sport, à partir en vacances : tout va bien ! C'était très positif, à chaque fois que j'en parlais, ça a plutôt été ''t'inquiète pas, la ménopause, c'est un détail'' » (Maud, 50 ans, juriste)*
> *« un bon exemple de ménopause que j'ai, c'est ma belle-mère : je sais que jusqu'à la mort de son mari, ils ont eu des rapports sexuels et elle a eu aucun problème ! Et elle est ménopausée et elle est vieille ! Donc ça m'a rassurée, ma belle-mère » (Pauline, 55 ans, assistante maternelle)*
> *« comme maman m'avait dit qu'elle n'avait rien eu, je me disais ''avec un peu de chance, je serai comme elle !'' Donc ça m'inquiétait pas » (Inès, 59 ans, agent immobilier).*

Des retours d'expériences jugées négatives constituent, au contraire, un facteur d'inquiétude :

> *« là, ce qui m'inquiète, c'est que je croyais que les bouffées de chaleur allaient être ponctuelles, mais j'ai une collègue qui vient de m'apprendre que sa mère, elle a 77 ans et elle en a toujours ! Moi, je m'étais imaginé que ça serait ponctuel, que ça s'arrêterait au bout de quelques années alors que ça peut s'arrêter, comme ça peut ne pas s'arrêter ! Vous imaginez le truc ! » (Léa, 52 ans, chargée de paie)*
> *« j'ai ma cousine qui a eu un grave problème, à la ménopause, parce qu'elle n'avait plus de règles pendant 6 mois elle a dû se faire opérer à cause de ça donc quand j'ai vu que j'avais plus de règles, j'étais très inquiète que quelque chose comme ça m'arrive aussi » (Nora, 53 ans sans profession).*

Deux facteurs nuisent au partage de l'expérience de la ménopause. D'une part, la différence de statut gynécologique :

> *« j'en n'ai pas parlé avec mes amies, qui sont toutes plus jeunes que moi, donc pas concernées, il y en a même qui viennent d'avoir des enfants, donc je ne vais pas leur en parler… » (Odette, 49 ans, gérante de société)*

« là où j'ai senti un décalage, c'est avec des copines de 35, 38 ans, là je me suis sentie décalée. ''J'ai mes règles'' elles disent, j'allais pas leur parler de ménopause ! » (Maud, 50 ans, juriste)
« j'en n'ai pas parlé au travail, non, parce que les filles étaient beaucoup plus jeunes que moi, c'était toutes des petites extra, elles avaient l'âge de mon fils, alors c'est vrai qu'elles étaient pas concernées là-dessus » (Monique, 57 ans, vendeuse).

D'autre part, l'absence de signes du corps :

« on en parlerait si ça se passait mal. On en a parlé avec Carole, en vacances ''tiens, terminé les histoires de tampons !'', ''oh oui, qu'est-ce que c'est bien !'', donc en parlant des tampons, mais sinon, comme il ne se passe rien, il n'y a pas grand-chose à dire… » (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition)
« la fille avec qui je travaille, on s'entend très bien, elle est un petit plus jeune que moi, elle a commencé à avoir des soucis à la ménopause, elle s'est mise sous pilule, et maintenant elle est bien, elle en parle jamais, elle est en forme, donc c'est un sujet qu'on aborde jamais parce qu'il n'y a aucune raison qu'on l'aborde » (Inès, 59 ans, agent immobilier)
« s'il y a des soucis à la ménopause, on en parle, mais si ça se passe bien, si ça vous rend pas malade, ça sert à rien » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire).

L'apprentissage de la ménopause hors de la sphère familiale constitue donc un système d'interactions, certes informel, mais tout à fait codé : les interactantes y sont ménopausées et l'objet des interactions doit être d'ordre symptomatologique. Nous n'observons pas de transmission formalisée d'une expérience physiologique à des femmes qui ne sont pas engagées dans le processus de la ménopause.

Le fait que la ménopause soit l'objet d'interactions dans le cadre familial dépend des CSP et des lieux de résidence. Chez les femmes de catégories populaires, la question de la ménopause est ainsi l'objet d'une socialisation avec les membres de la famille. Elle constitue l'objet de discussions familiales. Parfois tous les membres de la famille sont mis au courant :

« pour la ménopause, tout le monde l'a su tout de suite, mon mari, mes enfants, j'ai dit ''je pourrais plus avoir d'enfants''. On était là, dans la cuisine et quand j'ai dit que j'avais plus de règles, mon mari a dit ''enfin une en moins !', parce qu'on avait toutes nos filles qui avaient leurs règles, et tout le monde a rigolé ! » (Pauline, 55 ans, assistante maternelle)
« ma belle-mère, je sais qu'elle avait énormément de bouffées de chaleur, on était en plein repas et tout à coup, il y en a un qui disait ''ah mamie elle est toute rouge !'', ''ah oui j'ai mes bouffées de chaleur !'' Comme moi aujourd'hui. D'ailleurs, ils disent : ''ah t'as un petit coup de rouge', ''ah t'as des bouffées de chaleur''» (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire)

Pour ce type d'interviewées, la scène de la cuisine possède un caractère central. La ménopause est saisie par ces interviewées comme un objet à dire au cœur même du foyer et à

la table de la commensalité. Dans le même sens, chez certaines femmes, la gestion de la ménopause prend place au cœur de l'espace de la communauté familiale et les pratiques qui entourent la ménopause sont exposées :

> *« moi, il y a la boîte de compléments que je prends, elle est au milieu de la cuisine là, et c'est écrit, ''hormones au féminin'', tout le monde peut le voir » (Léa, 52 ans, chargée de paie)*
> *« c'est pas tabou à la maison, la boîte de Manahé est sur la table de la cuisine, c'est pas caché, tout le monde a bien vu que ça fait un petit bout de temps que c'est là et que j'en ai pris la moitié » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire).*

Or, « le fait de ranger les médicaments dans la cuisine n'est pas toujours dû à la nécessité de les prendre au moment des repas, et leur emplacement dans la cuisine répond à d'autres motifs qu'au souci de faciliter l'observance de la prescription. D'abord, la cuisine est conçue comme le lieu principal où se retrouve la famille. C'est l'espace social premier » (Fainzang, 2001, p. 59). Le fait que Roselyne et Léa nous signalent la présence de ces boîte de compléments alimentaires et relèvent leur caractère visible par tous les membres de la famille confirme la dimension de partage que revêt l'expérience de la ménopause chez elles.

Pour ces interviewées, la ménopause est également l'objet d'interactions avec les enfants, lesquels peuvent participer de l'apprentissage de la ménopause en délivrant des informations à leur mère :

> *« on en a parlé avec ma fille, comme j'avais des sautes d'humeur, elle est allée voir sur internet et on a vu que c'était lié à ça » (Nora, 53 ans, sans profession)*
> *« chez moi celui que ça a le plus intéressé c'est mon fils, il m'a expliqué la ménopause, il a regardé sur internet et il m'a dit '' alors, tu vas avoir des bouffées de chaleur'', il m'aurait presque expliqué ce qui va m'arriver ! Des fois, quand j'ai des rougeurs parce que j'ai bu un verre de champagne, il me dit ''ça, c'est ta ménopause !''» (Pauline, 55 ans, assistante maternelle).*

La référence à l'usage d'internet retient notre attention en ce qu'elle nous indique que la question de la ménopause n'est pas seulement circonscrite à l'espace de la cuisine, mais constitue un objet de circulation au sein de l'espace habitat : elle est un motif de va-et-vient au sein du lieu de vie.

Il nous semble que la socialisation de l'expérience de la ménopause dans les milieux populaires et plus particulièrement chez les femmes vivant en milieu rural est le signe que le corps et ses évènements y sont moins euphémisés. La présence du corps, en tant qu'espace d'incarnation et de manifestations, est plus autorisée : le corps a droit de cité.

Pour les femmes urbaines et de catégories socioculturelles moyennes et supérieures, la ménopause constitue un motif d'interaction bien moindre au sein du cercle familial. Le corps de la ménopause et ses manifestations ne constituent pas des objets légitimes de discours dans ces contextes. La plupart des femmes appartenant à cette catégorie l'ont certes annoncé à leur conjoint[439], mais celui-ci fait souvent figure de fantôme :

> *« Cécile : vous en avez parlé à votre mari ?*
> *Inès : non. Euh, pfff, ben, on n'en parlait pas spécialement, j'ai pas eu de conversation à ce sujet avec lui » (Inès, 59 ans, agent immobilier)*
> *« Cécile : vous avez dit à votre conjoint que vous étiez ménopausée ?*
> *Évelyne : euh, non, je sais pas… oui, il le sait, mais je ne me souviens pas le moment où je lui ai dit, j'en sais rien ! Il l'a su certainement, j'ai dû lui dire, mais c'est pas resté dans ma mémoire… » (Évelyne, 59 ans, sans profession).*

Les humeurs se taisent sur la place publique du privé dans ces milieux sociaux. Pour ce qui est de leurs enfants, ces femmes font une nette différence entre progéniture féminine et masculine. Il leur semble incongru d'évoquer l'idée même de discuter de la ménopause avec leur fils :

> *Cécile : « Tu m'as parlé de ton fils, tu as parlé de la ménopause avec lui ?*
> *Hélène : non ! (rires) Bah non, qu'est-ce que tu veux que je lui dise ? Il n'y a rien à dire ! Si je lui avais dit ''ah, la ménopause'', il m'aurait dit ''la quoi ?!''» (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition)*
> *« je n'ai que des garçons donc pas question d'en parler, même pas la peine » (Virginie, 46 ans, coordinatrice de l'animation dans une école).*

Si l'idée leur semble moins saugrenue, ces femmes n'évoquent que peu leur ménopause avec leur fille :

> *« ma fille, j'allais pas l'enquiquiner avec ça » (Inès, 59 ans, agent immobilier)*
> *« jamais je n'en ai parlé avec ma fille, je ne voyais pas en quoi ça l'intéresserait » (Évelyne, 59 ans, sans profession).*

Ou alors en passant et sur le ton de l'humour :

> *« ma fille a 16 ans, si je lui parlais de ça… Quand je lui ai dit ''ça y est je crois que je vais être ménopausée'', elle m'a dit ''oh bah tu vas être tranquille au moins, toi !''. Donc juste, voilà, ça fait un peu rigoler » (Maud, 50 ans, juriste).*

---

[439] Dans notre échantillon, une seule femme a une conjointe. Nous avons compris à demi-mots que l'expérience de la ménopause avait été évoquée entre elles deux, notamment en ce qui concerne les bouffées de chaleur, mais cette interviewée n'a pas souhaité parler de sa conjointe et de leur relation lors de notre entretien. Puisque cette expérience a été évoquée très brièvement et à mots couverts, nous ne pouvons l'intégrer à l'analyse. Il nous semble intéressant de souligner que la socialisation de cette expérience entre femmes homosexuelles pourrait être différente de celle que nous présentons ici.

Sur ce point, le parallèle opéré par Marie-Claire entre ménopause et relation sexuelle souligne sa dimension scabreuse au sein de l'interaction :

> *« est-ce qu'on a besoin d'en parler de façon ouverte ? Peut-être pas. Est-ce qu'il faut que j'en parle à mes filles, alors qu'elles ne sont pas du tout demandeuses ? Comme une enfant qui a trois ans et qui ne pose pas de question sur comment naissent les enfants, est-ce qu'il faut en parler ? Il y a d'autres sujets je pense » (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite).*

Ces propos révèlent la dimension perturbatrice de l'objet ménopause : non seulement cet objet ne va pas de soi dans l'interaction, mais plus encore, il pourrait lui nuire. En ce sens, elle n'est pas un sujet bon à dire et à faire circuler.

Il apparaît donc qu'en dehors de la sphère médicale, l'apprentissage de la ménopause constitue un système d'interactions codé : les interactantes y sont ménopausées et l'objet des interactions est d'ordre symptomatologique. Hors du symptôme, en effet, les femmes n'évoquent pas l'expérience de la ménopause. Nous allons maintenant enrichir cette analyse en nous intéressant à l'apprentissage de la ménopause dans le monde virtuel des forums sur internet.

1.2.4 De l'espace caché des forums sur internet comme espace d'apprentissage de la ménopause

Si la ménopause n'est pas mondaine, elle prend place dans l'espace virtuel des forums sur internet. Dans notre contexte social, les forums de sites sur internet sont les rares lieux où les femmes énoncent elles-mêmes la ménopause dans la sphère publique. Sans passer sous silence la spécificité de cet espace public qui permet de garder son identité pour soi, nous ne pouvons faire l'impasse sur le type de discours qui y est produit. Nous n'y cherchons pas les mêmes données que celles recueillies lors des entretiens, mais prenons ce discours en tant qu'il est un produit social : s'y révèlent, au sujet de la ménopause, tout autant les mécanismes du dicible que les pans de l'indicible, les objets d'interrogations que les évidences partagées.

Toutes les femmes n'écrivent pas des messages sur les forums. Parmi les femmes que nous avons rencontrées, treize ont consulté un site sur internet au sujet de la ménopause, sans écrire de message sur un forum, mais dans un but d'information. Notre propos n'est, toutefois, pas d'analyser l'usage d'internet dans le cadre de la ménopause. Ce qui nous intéresse ici, ce sont les modalités selon lesquelles la ménopause est énoncée dans l'un des rares lieux de son

expression publique hors du cadre médical. Nous nous intéressons aux forums de deux sites : aufeminin.com et doctissimo.com[440] et conservons la mise en forme et l'orthographe des messages postés par les femmes.

Sous la plume des internautes, trois registres d'énonciation de la ménopause apparaissent dans les titres des discussions, lesquels sont associés à trois motifs différents. Le premier motif, souvent dans un registre exclamatif, s'ancre soit dans la plainte *(« ménopause, quelle horreur ! », « ménopausée et terrorisée !! »),* soit dans l'appel à l'aide *(« Ménopause et PALPITATIONS! HELP!! », « Ménopause et saute d'humeur: SOS »).* Le registre assertif est utilisé pour souligner un lien entre la ménopause et une manifestation jugée dysfonctionnelle : *« ménopause et seins douloureux », «Douleurs pelviennes et ménopause », « frigidité et ménopause ».* Le registre interrogatif appelle, quant à lui, au partage d'expérience (*« Qui n'a pas grossi après la ménopause ? », « Ménopause ! qui peux m'en parler ? »*, *« comment a commencé votre ménopause ? »).* Ces trois motifs indiquent une tonalité de l'expérience de la ménopause : celle du malaise.

Trois motifs sous-tendent les messages analysés. Il s'agit, tout d'abord, de confronter son expérience à celles des autres. On décèle, ensuite, le besoin de s'assurer de sa normalité. Enfin, la nécessité de se définir se fait jour: *« préménopause ou pas ? je suis perdue », « suis-je en ménopause ? ».* Le besoin de définition sous-tend également leurs interrogations au sujet de l'interprétation des bilans médicaux : *« FSH plasmatique 8,3, est-ce que je suis préménopausée ? », « bonjour, j'ai 47 ans et en THS (Luthényl) depuis 2 ans. Pourriez vous interpréter mon résultat de bilan hormonal ?»*[441]. Que le registre soit exclamatif, assertif ou interrogatif, la ménopause se voit appréhendée comme un problème : on ne vient pas l'évoquer dans l'espace d'un forum sur internet afin d'énoncer autre chose qu'une difficulté. La manière dont sont utilisés ces trois registres d'énonciation nous semble révéler une forte incertitude, si ce n'est une anxiété.

Dans les discussions au sein des forums, deux thèmes émergent : l'évocation de symptômes, et les interrogations au sujet des différents traitements. L'évocation des symptômes constitue la majeure partie des sujets : on retiendra les troubles du cycle menstruel *(« Règle deux fois par mois… », « Règles depuis 3 semaines et pré-ménopause »),* la prise de poids (*« je prends du gras à la ménopause », « Menaupose et prise de poids, es ce que c'est*

[440] Sources : http://forum.doctissimo.fr/sante/menopause-osteoporose/liste_sujet-1.htm et www.aufeminin.com/forum/show1_f732
[441] Posté le 19-12-2009 par Lucindasans

automatique? »), les bouffées de chaleur *(« je souffre de bouffées de chaleur », « bouffée de chaleur, la nuit !!! »*). Toute une série de symptômes sont associés à la ménopause (*« préménopause et vertiges, lien ? », « Pré-ménopause et perte brutale de sommeil? »*) ainsi que des modifications corporelles (*« Avez-vous remarqué avoir maigri de visage lors de la ménopause ? », « ménopause, modification de l'aspect de la vulve »*).

Les expériences et interrogations au sujet des différents traitements, portent, tout d'abord, sur les effets indésirables des traitements hormonaux : *« traitement hormonal et douleurs articulaires ? », « agréal : danger, tristesse puis dépression psychique ».* La prise et l'arrêt du traitement sont deux moments-clés d'interrogations. Certaines femmes sont en quête de retour d'expérience avant la prise d'un traitement hormonal substitutif : *« Depuis quelques mois je suis vraiment en ménopause avec son cortège de petits soucis, j'ai RDV bientôt chez ma gynéco et je compte lui parler de tout cela .Peut-être me proposera-t-elle un traitement hormonal. J'aimerais savoir pour celles qui le prennent comment cela se passe ; si elles ont vu une différence ou pas, pour le poids, la libido , les BDC , l'humeur »*[442].

Les conséquences de l'arrêt de la prise du traitement hormonal constituent également un motif. Une femme fait ainsi part de son inquiétude : *« Bonjour, J'ai besoin de conseils si vous pouvez m'en donner, Je prend un traitement substitutif depuis 20 ans, j'ai eu la ménopause à 41 ans. Ma gynéco voudrait que j'arrête et moi je flippe car je me sens très bien avec. En plus je sais que cela me protège de l'ostéoporose alors que j'ai déjà beaucoup de problèmes. Mon organisme ne va plus rien comprendre!!!!! j'ai peur d'un coup de grossir, de vieillir . Je ne sais plus quoi faire, je suis complètement déstabilisée et angoissée. Donc, elle m'a dit d'arrêter 1 mois pour voir. Pensez vous que j'aurais des problèmes en arrêtant?????»*[443]

Les traitements alternatifs sont également l'objet de questionnements : *« qui a essayé la maca inca ? », « périménopause ou ménopause : phytothérapie ? », « Le bourgeon d'airelle pour la ménopause », « gélules onagre et bourrache », « passer la ménopause avec une médecine douce, c'est possible ? », « ménopause et homéopathie ».* Les bénéfices des traitements alternatifs sont interrogés. Une internaute demande ainsi *: « La sophrologie pour traitee les troubles du sommeil et de la ménopause....qui peut me dire si cela peut marcher, car tous les traitements que l'on m'a donné jusqu'à présent sont totalement inefficace.....et je*

[442] Posté le 05-03-2012 par oasis59
[443] Posté le 29-05-2012 par qiqong840

n'en peux plus, je suis EPUISEE»[444]. Nous notons, enfin, que la question de l'âge de la ménopause est un des thèmes abordés. Il s'agit surtout d'interrogations sur la ménopause précoce : *« ménopause précoce???? Help, j'ai peur », « est-ce possible une "périménopause" à 36 ans?? ».*

Ces messages illustrent le fait que les femmes « cherchent également des avis sur Internet pour parfaire leurs connaissances sur une pathologie ou sur un médicament ou, lorsqu'ils sont confrontés à un symptôme qu'ils ne connaissent pas, pour leur permettre d'identifier son étiologie ou sa gravité » (Fainzang, 2012, p. 103). De l'analyse de ces énoncés, il nous semble que le discours des femmes traduit le jeu d'acteurs qui se joue entre elles et le corps médical à la ménopause, en termes de savoirs et de pratiques : l'espace virtuel d'internet permet ainsi « de questionner ou de contester les avis de professionnels de santé » (Fainzang, 2012, p. 107)

Si les messages des femmes illustrent la médicalisation de leur expérience, ils révèlent aussi les négociations dont les prescriptions médicales sont l'objet et les processus d'autonomisation vis-à-vis des prescriptions : « la consultation d'internet correspond au désir des sujets de recueillir une pluralité de points de vue » (Fainzang, 2012, p. 105). Certaines femmes mettent ainsi au débat les prescriptions de leurs médecins, qui ne font pas autorité à leurs yeux : *« Y a-t-il quelu'un dans le forum qui prend le PROLIA depuis un certain temps? J'aimerais savoir quels sont les effets secondaires chez vous. Sont-ils importants. Mon médecin me l'a prescrit hier. Et l'utiliser me fait peur »*[445] et recherchent des voies alternatives au traitement hormonal. Ainsi, la quête d'un savoir sur leur corps montre à quel point la question du pouvoir est ici en jeu. Le forum constitue pour elles un espace de partage et d'entraide, ayant une fin habilitante : l'autonomisation. Comme le relève Thöer-Fabre, sur les forums, les femmes « recommandent des noms de médicaments, s'échangent des informations sur les dosages, témoignant d'une plus grande autonomie face à la prescription et d'un autre rapport à l'autorité médicale. Il semble même probable que la participation au forum contribue à accroître ce sentiment d'autonomie face aux experts » (Thöer-Fabre, 2005, p. 213).

Internet participe de l'apprentissage de la ménopause. Plus particulièrement, il participe d'une forme de « savoir recomposé » (Fainzang, 2012, pp. 115-116) détenu par les femmes.

[444] Posté le 2/06/11 par stradivarius91
[445] Posté le 08-03-2011 par Piavi

Pour autant, il semble que cet usage ne transforme pas les représentations de la ménopause ou les conduites à son endroit.

Le fait qu'un discours public des femmes sur leur expérience de la ménopause s'élabore dans un espace caché et anonyme est significatif. Caché, un forum sur internet l'est dans le sens où, pour celui qui ne désire pas s'y rendre, cet espace n'existe pas. Tout autant qu'il est anonyme, puisque les individus qui émettent les messages le font sous pseudonyme, de même qu'ils échangent avec des personnes qu'ils ne connaissent pas et ne voient pas. Ils restent, à proprement parler, des individualités invisibles. Le fait que les seuls échanges publics entre femmes au sujet de la ménopause aient lieu dans un espace caché et anonyme souligne le peu d'espace possible pour dire cette expérience.

De la ménopause sociale à la ménopause physiologique, un apprentissage est en jeu pour les femmes. Par le prisme médical, cet apprentissage est celui d'un corps pathologisé et minoré. Hors du cadre médical, l'objet de l'apprentissage avec les pairs est d'ordre symptomatologique. Comme nous allons le voir maintenant, le genre est également à l'œuvre dans la socialisation de la ménopause physiologique.

2. La ménopause physiologique, produit de socialisation

La construction sociale de la ménopause possède une efficacité : elle socialise les femmes à cette expérience d'une manière propre à chaque contexte social. Nous allons ainsi analyser l'expérience de la ménopause physiologique comme produit de socialisation. Cette socialisation consiste en l'acquisition des significations communes associées à la ménopause au cours d'un processus par lequel l'individu les intériorise. Elle « exige l'acquisition de vocabulaires spécifiques de rôles, ce qui implique l'intériorisation de champs sémantiques structurant la routine des interprétations et des conduites » (Berger et Luckmann, 2006, p. 236). Ce faisant, les femmes appréhendent la ménopause par un prisme de significations partagé.

Si la socialisation primaire des femmes aux questions gynécologiques est opérée au sein de la famille avec la mère (Mardon, 2009 ; Guyard, 2010) puis en interaction avec les pairs (Vinel, 2008), une socialisation secondaire se poursuit tout au long de leur vie, marquée par le discours et les pratiques médicales, ainsi que leurs relais culturels, tels que les discours médiatique et publicitaire. Plus précisément, la socialisation de la ménopause repose sur un mécanisme double. D'une part, elle est le résultat de la socialisation gynécologique continue des femmes, laquelle repose sur un système de représentations et de pratiques culturelles associées au corps féminin et aux menstruations notamment. Cette socialisation commence dès la puberté et se poursuit tout au long de la vie des femmes. D'autre part, la socialisation de la ménopause physiologique constitue l'actualisation de la construction sociale de la ménopause qui informe l'expérience des femmes. Du fait de ce double mécanisme, les femmes possèdent une « compréhension tacite » (Berger et Luckmann, 2006, p. 236) de ce que constitue la ménopause dans notre contexte social. De manière prégnante et diffuse, le discours médical et ses relais culturel participent de la socialisation des femmes à la ménopause. Ils véhiculent un certain nombre de stéréotypes associés à la ménopause : « un schéma circulant quotidiennement dans la société, toujours disponible, et dont l'usage quasi automatisé n'exige ni effort, ni réflexion nouvelle ou autonome » (Herzlich, 1984, p. 43). Fonctionnant comme « chorus » (Berger et Luckmann, 2006, p. 254), les relais culturels de l'institution médicale ont une place majeure dans la socialisation de la ménopause : ils

participent à l'élaboration continue d'un « monde de la ménopause » incorporé par les femmes. Nos interviewées rapportent ainsi une sorte de « bruit de fond » entourant la ménopause : elles évoquent « *ce qu'on entend », « ce qui se dit »* à propos de la ménopause et au sujet de leurs connaissances nous expliquent *« on le sait », « on l'a entendu ».* Quelque soit les CSP, se fait jour cet arrière-plan toujours là, de manière diffuse :

> *« avec ce qu'on entend, on sait qu'il y a un impact de la ménopause » (Patricia, 58 ans, art thérapeute)*
> *« il y a eu cette période où tout le monde en parlait à la télévision, tout le monde disait qu'il fallait arrêter les hormones parce que ça donnait des cancers » (Monique, 57 ans, vendeuse)*
> *« à une époque, il y avait eu une polémique là-dessus, les gens disaient qu'il ne fallait pas prendre de médicaments pour l'ostéoporose, c'est dans les médias, qu'on a entendu parler de ça » (Josée, 65 ans, vendeuse à la retraite).*

Ce discours constitue « cet ensemble de choses que ''tout le monde sait'' » (Martuccelli, *in* Berger et Luckmann, 2006, p. 34) au sujet de la ménopause, un arrière-fond partagé par les femmes rencontrées. Il s'ancre moins dans un terreau de connaissances précises qu'il n'est une toile de fond, toujours présente, mais vague.

Ce bruit de fond au sujet de la ménopause est à la fois nébuleux et efficace. Il est, d'une part, nébuleux voire vague : les femmes rencontrées n'identifient pas le support qui les a particulièrement informées et n'évoquent pas un moment spécifique d'information. Ce bruit de fond se caractérise, d'autre part, par son efficacité : il fournit une mise en sens partagée de la ménopause, c'est-à-dire un terreau de connaissances et un langage commun aux femmes. Ce langage commun est sous-tendu par une rhétorique techniciste. Pour décrire le corps, nos interviewées empruntent toutes, de manière plus ou moins prononcée, à l'univers de la machine. Le corps est pensé comme un centre doté d'un programme et de fonctionnalités :

> *« la ménopause, on est programmé pour, c'est un nouveau mode de fonctionnement » (Rose, 58 ans, bibliothécaire)*
> *« les ovaires fonctionnent avec les hormones » (Odette, 49 ans, gérante de société)*
> *« pour moi, la ménopause, c'est une fonction qui s'arrête » (Inès, 59 ans, agent immobilier).*

Le corps est décrit comme le lieu d'une « production » :

> *« il y a toute une production d'hormones » (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite)*
> *« on produit des hormones » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire).*

Petit à petit, l'usine corporelle épuise son stock et son capital :

« on a une certaine quantité d'hormones et après il n'y en a plus » (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite)
« j'ai passé une densitométrie osseuse et ça commence, le capital est entamé » (Maud, 50 ans, juriste).

Finalement, la machine corporelle arrête de « fabriquer » des hormones à la ménopause :

« à la ménopause, le corps fabrique moins d'hormones » (Sophie, 55 ans, secrétaire)
« la ménopause elle-même, c'est les conséquences de ne plus fabriquer d'hormones » (Rachel, 61 ans, cadre de la fonction publique à la retraite)
« le corps ne fournit plus d'hormones » (Annette, 57 ans, institutrice à la retraite).

Si, comme nous le verrons par la suite, les représentations que les femmes associent au corps ne sont ni univoques ni figées, mais s'apparentent plutôt à un « manteau d'Arlequin » (Le Breton, 2003, p. 88), nous observons un substrat commun de représentations technicistes chez nos interviewées. Ces représentations véhiculent largement « les métaphores médicales appliquées au corps des femmes, impliquant un système de contrôle centralisé organisé dans le but d'une production efficace » (Martin, 1987, p. 66, notre traduction).

Une culture de la ménopause propre à notre contexte social et partagée par les femmes rencontrées se fait jour. Nous allons maintenant éclairer la manière dont cette culture circule et s'acquiert. Nous verrons qu'elle met en jeu les représentations des menstruations, les représentations d'une féminité cyclique, celles des hormones comme substrat corporel, ainsi que le processus de « civilisation » (Elias, 1973) du corps.

2.1 L'affranchissement de l'impure nécessité : le sang des menstruations au cœur de l'expérience de la ménopause physiologique

Dans notre culture, la ménopause physiologique est définie comme cessation définitive des menstruations : « on désigne par ménopause le moment où les règles s'arrêtent définitivement »[446], « la ménopause est définie par l'arrêt définitif des menstruations dû à la perte de l'activité ovarienne (…) le diagnostic clinique de ménopause est posé rétrospectivement sur la notion d'une aménorrhée d'un an »[447]. La ménopause est donc pensée à partir des menstruations. Nous nous intéressons ici à la cessation des menstruations à la

[446] Définition tirée de Henri-Jean Philippe (coord.), *Gynécologie obstétrique*, *op. cit*., p. 67
[447] Définition tirée de Rongières et Nisand, *Gynécologie obstétrique*, Paris, Groupe Liaisons, 2002, p. 145

ménopause, construite comme marqueur fort dans notre culture et caractérisant l'apprentissage de la ménopause physiologique.

Les représentations de la cessation des menstruations à la ménopause dans notre contexte social se comprennent à l'aune des représentations associées aux menstruations. Interroger les représentations qui sous-tendent les règles permet de comprendre les représentations associées à leur cessation. Rappelons ainsi que nous interrogeons ici non le phénomène de l'aménorrhée en soi, mais la cessation des menstruations lors de la ménopause physiologique.

Nous proposons, tout d'abord, un retour aux représentations culturelles des menstruations. Nous aborderons, ensuite, la socialisation des menstruations dans notre espace social, en tant qu'elle consiste en « un système sous haute surveillance » (Durif-Bruckert, 1994, p. 61). Nous verrons que de la construction sociale des menstruations découle un mode d'appréhension commun de leur cessation chez les femmes rencontrées.

2.1.1 L'impure nécessité : analyse des représentations sociales associées aux menstruations

Nous avons vu que les menstruations sont, dans de nombreuses cultures traditionnelles, l'objet de rites et de tabous[448] (Godelier, 1982 ; Héritier, 1996). Les ménarches y sont le moment d'un rite spécifique (Clastres, 1972[449]). Les premières règles chez la jeune fille, parce qu'elles sont un opérateur prégnant de significations pour le groupe social et son statut en son sein, se voient ritualisées : « dans la plupart des cultures primitives, les premières règles sont

[448] Nous développons ce point dans la revue de littérature

[449] Pierre Clastres décrit ainsi les ménarches d'une jeune Guayaki et les pratiques qui l'entourent : « Chachugi s'est enfuie dans la forêt, car c'est ce que doit faire celle dont le sang coule pour la première fois : fuir le regard des autres, leur indiquant par la même ce qui lui arrive. La fillette est à ce moment-là *by-iä* dit-on, sans ''nature'', sans calme, elle est honteuse et va se cacher » (Clastres, 1972, p. 144). S'ensuit plusieurs étapes d'un rituel qui signe l'accession à un nouveau statut : le reste de la tribu est prévenue, les parents prononcent certaines paroles, la jeune fille est massée. Est ensuite érigée « la hutte arquée, réservée à ''celle dont le sang a jailli'' (…) Chachugi se glisse sous l'abri et demeure entièrement dissimulée sous le reste des fougères. Elle est totalement invisible, car elle est *kaku* : destinée à ne pas être vue » (*Ibid.*, p. 145). La réclusion de la jeune fille se comprend à l'aune du danger qu'elle fait courir au groupe social : Chachugi doit « non seulement se cacher, mais même éviter absolument de porter son regard sur les autres (…) : elle est mauvaise, source de mal et de malheur, cause de *baya*. Les Aché désignent ainsi cette situation de danger souverain où se trouvent placés les hommes du fait du sang des femmes : quand un enfant naît et lorsque survient la première menstruation » (*Ibid.*, p. 146). Il s'agit pour la tribu d'opérer une mise à distance de ce sang, afin de pouvoir désamorcer le potentiel de danger qui l'accompagne. Le rituel de purification qui suit sert à évincer l'impureté de ce sang : la jeune fille est scrupuleusement lavée, ainsi que ceux qui l'ont lavée, son mari et ses amants. Dans le mois suivant, aucun homme n'eut de rapports sexuels avec la jeune Guayaki : « une femme nouvelle, c'est trop dangereux » (*Ibid.*, p. 152).

accompagnées par des rites qui donnent à l'enfant nouvellement réglée l'indication formelle que la place dévolue à la femme dans la société est spéciale. La pratique la plus courante consiste, pour la jeune fille en période de règles, en sa mise à l'écart du groupe (…). Pendant cette période, la jeunes fille est taboue » (Delaney *et al.,* 1988, p. 28, notre traduction). Par ces rituels de puberté, « il s'agit souvent explicitement, de régler correctement les flux du sang menstruel, au moyen de techniques jugées appropriées – telles les ligatures des articulations d'où le sang est censé provenir, le jeûne, la mise à l'écart des éléments trop froids ou trop humides, le chauffage intensif sur des lits de pierres chaudes » (Héritier, *in* Augé et Herzlich, 1984, p. 141). Aux femmes menstruées sont, comme nous l'avons vu, attachés un certain nombre d'interdits (Mead, 1966 ; Beyene, 1989 ; Cros, 1990 ; Guessous, 2000).

Nous avons vu que le sang menstruel est l'objet de rites dans de nombreuses cultures traditionnelles. Nous abordons la manière dont ce flux est pensé et intégré dans notre contexte social avec le même prisme d'appréhension, car il est faux de penser que « notre comportement se fonde sur des connaissances scientifiques, et le leur sur un système symbolique. Notre comportement a, lui aussi, une signification symbolique » (Douglas, 2001, p. 87). Les menstruations sont l'objet d'un discours spécifique dans notre culture, sous-tendu par des représentations et des normes que nous allons analyser car en découle un mode d'appréhension de leur cessation commun chez les femmes rencontrées.

Nous nous intéressons, tout d'abord, au discours de la Bible à l'endroit du flux menstruel. En effet, notre culture, même laïcisée, s'ancre entre autre dans la tradition judéo-chrétienne. Que l'individu y trouve du sens, qu'il s'y réfère ou non, Adam, Eve et le paradis originel sont connus de lui. Or, ce mythe met en jeu le corps. Incorruptibles avant la Chute, les corps d'Adam et Eve sont ce par quoi ils sont punis : ils connaîtront la souffrance de la chair. Dans ce cadre, les menstruations constituent un signe de déchéance pour Eve, qui n'avait pas de menstruations lors de son premier séjour : « le flux menstruel est donc conçu comme une forme d'expiation (…), ''les ennuis de la menstruation ont été imposés à la femme à cause de son péché et ils font partie du in dolore paries'' » (Le Naour et Valenti, 2001, p. 214). Si « tout ce qui sort du corps trouble et effraie » (Roux, 1988, p. 57), le sang menstruel est plus particulièrement associé à des représentations menaçantes : il inspire « la peur et l'étonnement chez les êtres humains. (…) Ce sang coulant sans induire la mort ou l'infirmité ; allant et venant avec régularité (…) seul un mystère encore plus grand, la création d'une vie humaine, pouvant modifier son motif » (Delaney *et al*., 1988, p. 3, notre traduction).

Entre répulsion et attraction, les représentations associées au sang menstruel sont caractérisées par une ambiguïté. Le sang menstruel apparaît ainsi comme signe de l'impureté dans la Bible. Le Lévitique prescrit : « Quand une femme est atteinte d'un écoulement, que du sang s'écoule de ses organes, elle sera sept jours dans la souillure et quiconque la touche est impur jusqu'au soir. (…) Si son écoulement a pris fin, elle compte sept jours, et ensuite elle est purifiée. Le huitième jour, elle se procure deux tourterelles ou deux pigeons et les amènent au prêtre (…) ; le prêtre fait sur elle, devant le seigneur, le rite d'absolution de l'écoulement qui la rendait impure » (Lévitique 15 :19 et 15 : 28-30). Le Lévitique prévient tout acte sexuel lors des règles : « si un homme couche avec une femme qui a son indisposition et découvre sa nudité, s'il découvre son flux et qu'elle découvre le flux de son sang, ils seront tous les deux retranchés du milieu de leur peuple » (Lévitique 21 : 18).

Dans ces représentations qui traversent les siècles, la femme est « métaphoriquement associée à l'animalité, à une nature indomptée, et, de ce fait (…) potentiellement perturbatrice » (Lock, 1993, p. 322, notre traduction) du fait des menstruations. Les croyances sont à la nocivité du sang des règles dont le pouvoir serait de souiller ce ou celui qui rentre en contact avec lui. Dangereuses, les femmes en période de règles sont entourées d'interdits. On recommande au Moyen-âge la plus grande prudence aux médecins la veille d'une opération sur une femme : « on doit s'abstenir d'entrer, la nuit qui précède le jour de l'opération, en contact avec une femme ; il ne faut pas causer aves des femmes qui ont leurs menstrues » (Knibiehler et Fouquet, 1983, p. 57). Quant aux rapports sexuels, Ambroise Paré prévient : « c'est chose sale et bestiale d'avoir affaire à une femme pendant qu'elle se purge » (cité par Roux, 1988, p. 66). Au XVe siècle, la littérature des *Secrets des femmes* évoque la dangerosité de la femme menstruée. Un manuscrit explique ainsi « les femmes qui ont leurs menstrues leur urine est tout saignant et leurs yeulx sont tout noirastres et leur visaige d'autre couleur que il ne soloit. Adonc je conseille à l'omme qu'il se garde de habiter a femme qui a ceste maladie » (cité par Moulinier-Brogi *in* Mac Clive et Pellegrin, 2010, p. 29). Des représentations liées au dégât sont associées aux menstruations : « le sang menstruel brûle la végétation, empêche les plantes de pousser, stérilise les champs (…). ''L'arbre en meurt, c'est chose claire'', dit le poète Eustache Deschamps au XVIe siècle » (Roux, 1988, p. 62). Nombre d'interdits parcourent les traditions françaises à l'endroit d'une femme menstruée : « dans les départements du Nord, on lui recommande de ne pas franchir la porte des raffineries lorsque le sucre cuit ou refroidi pour qu'il ne noircisse pas, car le sang menstruel est noir. (…) Dans le Limousin, lors de la récolte, aucune femme réglée ne doit s'approcher du rucher sous peine de

la gâcher et que les abeilles n'en meurent » (*Ibid.,* pp. 62-63). Au XIXe siècle, « diverses propriétés malfaisantes telle que corrompre la viande, faire tourner le lait et les sauces, avorter les melons, s'opposer à la fermentation panaire, troubler le vin » (Roux, 1988, p. 62) sont attribuées aux femmes ayant leurs règles. La croyance perdure au XXe et on croit dans les campagnes françaises que pendant ses règles, la femme « gâte les salaisons du beurre et du porc » (*Ibid.,* p. 62). Yvonne Verdier rapporte également interdits et pratiques entourant la physiologie féminine dans le village de Côte-d'Or où elle a mené une recherche dans les années 1970 : « quand on a ses règles, le saloir, il faut pas y aller, ça fait tourner le lard, ça fait tourner le saloir, tout, tout est perdu », explique une de ses informatrices (Verdier, 1979, p. 19). En effet, « pendant leurs règles, elles-mêmes n'étant pas fertiles, les femmes entraveraient tout processus de transformation rappelant une fécondation. (…) Leur présence ferait avorter toutes ces lentes gestations que figurent le lard dans le saloir, le vin dans la cuve, le miel dans la ruche » (*Ibid.,* p. 37). Si les menstruations ont, sur la préparation du lard, du vin et du miel, « un pouvoir putréfiant » (*Ibid.,* p. 20), elles ont également un effet catastrophique dans le cas de certaines préparations culinaires : « les gâteaux, les crèmes, c'est pas possible ! une femme n'ira pas non plus faire une mayonnaise ni monter les blancs en neige comme ça, ça ne prend pas ! » (*Ibid.*). Il s'agit donc de tenir ces nourritures au plus loin des pouvoirs maléfiques de l'écoulement menstruel : en période de menstruations, « les femmes font donc peser leur menace sur des réserves essentielles à la vie de leur famille (*Ibid.,* p. 23). Impures, taboues, les menstruations se doivent d'être cachées. Si l'iconographie occidentale est peuplée d'innombrables représentations du sang du Christ ou du sang de blessés, le flux menstruel n'est presque jamais objet de représentations[450]. Dans l'imaginaire, deux types de sang sont donc distingués, « ''le bon sang rouge'' du ''mauvais sang noir'', celui des ecchymoses sur la peau, des menstrues, des flaques qui coagulent » (Roux, 1988, p. 44). Le sang des menstruations n'est pas un sang noble, ce « bon sang qui ne saurait mentir », celui que l'on « verse pour la patrie » ou que l'on « sue » au labeur. C'est un « sang noir », chargé d'impuretés. Des « pratiques de propreté qui protègent les individus de se

[450] Quelques rares œuvres représentent le sang menstruel, telles *Red Flag* de Judy Chicago (1971), représentant du sang sur un tampon, ainsi que son installation *Menstruation Bathroom* au sein de la *Womanhouse* (1972) et celle de Gina Pane et son action *Autoportrait(s)* en 1973 que l'artiste présente ainsi : « Dans cette pièce j'ai, d'une part, présenté l'origine depuis les débuts de mes manifestations artistiques : lieux/outils/supports concluant sur la matérialisation de chair et de sang : tampons menstruels utilisés pendant une semaine qui précédait l'action et, d'autre part, l'action en trois phases : MISE EN CONDITION/CONTRADICTION/REJET. L'action avait pour but de transporter l'autocréation en signes autonomes de la femme » (citée par Lascault, 2008, pp. 166-167). L'artiste Marianne Rosenstiehl réalise également des photographies représentant le sang menstruel, qui ont été présentées lors d'une exposition intitulée *The Curse* à Paris en 2014.

souiller » (Goffman, 1973, p. 65) doivent être mises en place à son endroit. Pendant leurs règles, les femmes sont donc longtemps exclues de nombreuses activités sociales afin que leur sang ne pollue aucun acte (chasser, faire la cuisine, planter…) ni ne contamine aucun matériau (aliments, plantes, ustensiles…) : « des liens symboliques se tissent entre le corps de la femme et son environnement, qui influent sur les processus naturels, (…), comme si le corps, transformé par l'écoulement du sang, avait alors la faculté de s'épandre hors de ses frontières pour modifier également l'ordonnance des choses de la vie » (Le Breton, 1990, p. 85). Dans les représentations, les femmes sont définies par cet écoulement impur qui se voit investi d'une efficacité sur le monde.

Les représentations associées aux menstruations sont, toutefois, marquées par une ambivalence, puisque « d'un côté, la femme que l'on ne doit pas approcher est inviolable, sainte, de l'autre, elle est souillée, impure. Elle est ce que les Romains appellent *sacra*, sacrée et maudite » (Delaney *et al*., 1988, p. 8, notre traduction). Au cœur des représentations du flux menstruel se lient, en effet, le « ''bon sacré'', ce qui est trop pur pour que l'on y touche et le ''mauvais sacré'', trop impur pour être approché » (Goffman, 1974, p. 63). L'ambiguïté qui nourrit le rapport au sang menstruel fait le lit de la symbolique qui l'entoure : on voit tour à tour ce sang comme « dangereux et bienveillant, néfaste et faste, impur et pur » (Roux, 1988, p. 11). À la fois honnies et désirées, les menstruations sont construites comme quelques trésors monstrueux, nécessités impures : dans un va-et-vient continuel, les représentations associées aux règles confèrent aux femmes le « pouvoir de créer et de détruire, de bénir et de punir, d'empoisonner et d'approvisionner la Terre » (Delaney *et al*., 1988, p. 197, notre traduction). Ainsi, on attribue également à ce sang des pouvoirs positifs. Le sang menstruel est utilisé pour protéger du mauvais œil et pour accroître sa force : « en France, dans presque toutes les campagnes du Moyen-Âge jusqu'au XVIe siècle, on protégeait les plantes contre les insectes et les influences maléfiques du voisin par des déchets du corps humain, rognures d'ongles, cheveux coupés, et, plus encore, par le sang menstruel. En Côte-d'Or, celui-ci a le pouvoir de guérir les furoncles. Dans l'Anjou et le Beaujolais, on faisait circuler à travers les champs une femme indisposée pour les protéger des chenilles » (Roux, 1988, p. 60). Ces pratiques ne font que confirmer « la terreur qu'il provoque. (…), ce qui est le pire peut servir

au meilleur » (*Ibid.,* p. 60) et les représentations d'efficacité éminente attachées au flux menstruel. Celles-ci traversent largement des contextes sociaux variés[451].

Notre contexte social est également traversé par ce tabou : « le chasseur de la France contemporaine qui n'aime guère que les femmes l'accompagnent à la chasse, et le maître de maison qui sert le vin à ses invités (…) tandis que son épouse vaque aux soins du service, savent-ils qu'ils obéissent à de vieilles lois d'exclusion (...) découlant du tabou du sang ? » (Roux, 1988, p. 10). Sur ce point, Françoise Héritier nous rappelle que « même si nos sociétés dites ''avancées'' n'offrent plus le même éventail bien visible de croyances et d'interdits comportementaux touchant au sang des femmes, nous trouvons trace encore dans nos usages contemporains de l'idée de ce danger que recèle le corps féminin » (Héritier, 2002, p. 57). Ainsi, aujourd'hui encore les menstruations doivent rester un processus caché. Une femme ne montre pas le sang de ses règles dans l'espace public, et parfois même dans l'espace privé. Toute l'intimité est requise quant aux changes hygiéniques. La vue de sang menstruel sur un change hygiénique dans des toilettes publiques provoque le dégoût. On remarquera, en outre, que lorsqu'il est l'objet même de l'énonciation, comme c'est le cas dans les publicités télévisées pour les serviettes hygiéniques, le flux menstruel est représenté par un liquide bleu. Preuve de son impureté, ce sang « le plus interdit au regard » (Roux, 1988, p. 36) n'est pas à montrer dans sa réalité : il est euphémisé par un liquide de couleur neutre. Le choix systématique de la couleur blanche pour les changes hygiéniques est également à comprendre dans ce sens : le blanc immaculé des serviettes et des tampons fonctionnent comme le réceptacle purificateur d'un liquide impur. Ces dispositifs fonctionnent comme « règles normales d'évitement » (Douglas, 2001, p. 176) de la souillure.

Les images d'impureté et de souillure nourrissent nos représentations actuelles des menstruations : elles sous-tendent l'image du sang menstruel, du sexe féminin et des femmes en période de règles. Rappelons, en effet, que les représentations des règles ne se dissocient pas du lieu de leur écoulement : le sexe féminin. Il ne s'agit pas d'un sang « pur » qui s'écoulerait d'une blessure, mais d'un sang rendu symboliquement « impur » par le lieu de son écoulement. Notre culture a ainsi développé un attirail hygiénique pour endiguer les émanations de ce lieu : on trouve, par exemple, des lingettes et des déodorants dits « intimes » à destination des femmes. Les représentations d'impureté associées au sexe des femmes lui

[451] Jean-Paul Roux cite également le recours au sang menstruel comme talisman chez Les Aïnos du Japon, pour guérir certaines maladies chez les Tinnés d'Alaska ou pour détruire des ennemis au sein de populations indiennes d'Amérique (voir Roux, 1988, p. 61)

sont spécifiques : ce type de produits n'existe pas pour les hommes. L'idée que « la femme est le sexe sale » (Delaney *et al.,* 1988, p. 23, notre traduction) est aujourd'hui prégnante. Les menstruations demeurent largement taboues dans notre contexte social. Le sang menstruel ne doit pas se confondre symboliquement avec soi. La pratique travaille également en ce sens et organise la distance entre soi et ce flux indésirable. Notre culture a ainsi élaboré des pratiques qui entourent le sang menstruel et consistent à le recueillir dans un dispositif jetable interne (tampons) ou externe (serviettes hygiénique), afin qu'il ne rentre en contact avec aucun corps, ni le sien hors de l'espace du sexe, ni le corps de l'autre, ni aucun objet. Il est intéressant de s'intéresser aux produits hygiéniques proposés aux femmes, afin de mettre au jour la prégnance des représentations d'impureté et de souillure associées aux menstruations : étudier les outils par lesquels passe la gestion du flux menstruel permet de mettre au jour nos représentations car « la saleté est une offense à l'ordre. En l'éliminant, nous n'accomplissons pas un geste négatif ; au contraire, nous nous efforçons, positivement, d'organiser notre milieu » (Douglas, 2001, p. 24). Cette analyse nous permet de comprendre de quoi les femmes se départent symboliquement lors de la cessation des règles à la ménopause physiologique. Pour ce faire, nous choisissons d'analyser les messages véhiculés par les marques de produits hygiéniques pour les menstruations à destination des femmes : protège-slips, tampons et serviettes hygiéniques. Les champs lexicaux utilisés par les marques pour évoquer les menstruations, leur gestion et les femmes en période de règles dessinent trois motifs : la gestion de mauvaises odeurs, la sécurité et la discrétion. Ainsi, le premier motif systématique est la gestion d'odeurs dont il faudrait se départir : *«Fraîcheur et confort au quotidien : avec leur système capteur d'odeurs, elles éliminent les petites odeurs pour une véritable sensation de fraîcheur »* (Lingettes intimes Femfresh), *« L'Odor Dry System permet une absorption très efficace procurant une sensation de sec et neutralise les odeurs »* (Serviettes hygiéniques Monoprix), *« Des serviettes ultra minces sans parfum aux ingrédients naturels pour neutraliser les odeurs ! »* (Nana, Ultra Normal Plus). Il s'agit d'effacer la trace olfactive d'une corporéité taboue. En creux, et par opposition, le discours construit les odeurs liées au sexe féminin et aux menstruations comme pourries ou rances (opposé de la « fraîcheur » apportée par ces produits). Le rapport aux odeurs corporelles, tout comme la perception du propre et du sale est mouvant. Construit socialement, il est ancré dans un espace culturel et historique (Elias, 1973 ; Vigarello, 1985). Ainsi, *en soi*, les menstruations ne dégagent pas une odeur nauséabonde : c'est notre culture qui lui associe un caractère désagréable. Cette construction ne reste pas sans effets : les femmes intègrent ces représentations. Ainsi, dans sa réflexion sur le sang menstruel, Annie Leclerc explique son usage du tampon hygiénique dans ce sens :

« plus de risque d'odeur. Car il en a une odeur ce sang de femme, mais ça n'est peut-être qu'une odeur épaisse de sang, et sans doute la plus généralement, la plus profondément répugnée. (…) Je ne sais trop quel dégoût, quelle répulsion je peux inspirer avec mon sang, alors je mets un tampax. C'est commode, commode. Comme ça on n'en parle plus »[452].

Le second motif qui apparaît dans les messages publicitaires relève de la sécurité : *« Plus d'assurance au quotidien et encore plus de protection pour faire face à tous les types de pertes intimes »* (protège-slips Vania), *« Des ailettes plus grandes avec une forme unique pour une sécurité renforcée ! »* (Nana, Ultra Normal Plus), *« vous assure une protection parfaite pour une sécurité longue durée »* (serviettes Tena Lady). L'utilisation du champ sémantique de la sécurité présume d'une insécurité chez les femmes en période de menstruations. Une insécurité pratique, d'une part : il s'agit que le flux menstruel ne se voit pas et ne se sente pas, que rien ne vienne le trahir aux yeux et aux nez des autres. Une insécurité symbolique, d'autre part : il s'agit de ne pas se trouver en situation de devoir s'exclure du groupe ou d'en être exclue parce que l'état menstruel serait trahi. En creux, et par opposition, le discours construit la femme comme vulnérable (opposé de la « protection » qu'offre ces produits), en proie à des craintes (le contraire de l'« assurance» procurée par eux) et au danger (opposé de la « sécurité » qu'ils offrent). Pour ce faire, la discrétion, troisième motif qui parcourt le discours, est de mise : *« Des serviettes ultra minces et très discrètes»* (Nana, Ultra Normal Plus), *« Il est discret et aussi très pratique pour porter des tenues près du corps comme pour faire du sport »* (Tampons Nett). Ces messages dessinent le portrait de femmes dont les menstruations exhaleraient des odeurs nauséabondes, pétries d'appréhension lors de leurs règles et devant prendre soin de cacher leur état.

Les représentations d'impureté associées aux règles sont loin d'être cantonnées à l'univers des messages publicitaires. Cet exemple illustre un tabou dont les effets traversent notre espace social. Le discours des femmes que nous avons rencontrées en est un autre signe. Lors de nos entretiens, certains termes ne sont pas prononcés. Ainsi, les femmes évoquent *« les règles »,* mais prononcent rarement le mot « sang ». En outre, la question de la sensation du flux menstruel est absente de leurs propos. Au sein de l'interaction, l'évocation précise et détaillée du flux menstruel constitue, en effet, « une intrusion sociale, une brèche dans la frontière, une chose exécrable » (Douglas, 1998, p. 6). Evincées du discours, les menstruations demeurent pour une femme « ce que, à la fois, elle doit avoir absolument et ce

[452] Annie Leclerc, *Parole de femme,* Paris, Éditions Grasset et Fasquelle, 1974, p. 70

qu'elle doit impérativement cacher » (Morin, 1982, p. 9). Mardon évoque également les difficultés d'énonciation du sang menstruel chez les jeunes filles qu'elle a rencontrées. Dans leurs propos, « les règles sont désignées par des tournures impersonnelles telles que ''ça'' ou ''les avoir''. Le sang et son écoulement sont rarement évoqués, même si c'est bien le constat de cet écoulement qui a alerté les jeunes filles. Lorsque c'est le cas, c'est souvent de manière détournée, à travers la référence à la ''flaque'', la ''tache'', ou encore au sentiment de dégoût que sa vue a provoqué, la mise en exergue de ce sentiment rendant acceptable une évocation qui passe pour téméraire. C'est d'ailleurs moins le sang en lui-même qui pose problème que le fait qu'il s'écoule des parties génitales du corps, ce qui n'apparaît jamais dans les récits » (Mardon, 2009, p. 127)

Au contraire des représentations associées aux menstruations et au sexe féminin en période de fertilité, les représentations des femmes ménopausées seraient-elles celles d'un individu au sexe moins nauséabond, plus confiant et n'ayant plus rien à cacher ?

Dans les représentations sociales, si la souillure du sang menstruel n'est plus associée aux femmes ménopausées, des représentations de dysfonctionnement et de décrépitude prennent la place. « La femme », certes perçue comme « menaçante et impure au moment des menstrues » (Le Naour et Valenti, 2001, p. 213), n'est pas réinvestie de manière positive à l'arrêt des règles, puisque celles-ci sont le signe de bonne santé, de fertilité et, ce faisant, de jeunesse et de potentialités. Ainsi, dans les ouvrages médicaux et la littérature de vulgarisation médicale, le sexe féminin à la ménopause est l'objet d'un discours ancrée dans une rhétorique de la dégradation. Sont ainsi évoqués atrophie des organes, sécheresse vaginale, problèmes musculaires, fuites urinaires et difficultés à accéder au plaisir sexuel : *« l'amincissement de la paroi de la vessie peut entraîner des troubles urinaires et des infections urinaires »*[453], *« les tissus génitaux vont subir des altérations. Les poils pubiens se raréfient, les grandes et petites lèvres s'amincissent, (...), l'orifice vulvaire a tendance à se rétrécir (...). Quant au vagin, il se fait peu à peu plus étroit et plus court. Ses parois perdent leur épaisseur, leur souplesse et leur humidité, les sécrétions se tarissent et la lubrification est plus lente à obtenir lors des rapports amoureux »*[454], *« le relâchement des tissus peut entraîner une ''descente des organes'' gênant la pénétration »*[455], *«la sécheresse vaginale est autant gênante*

[453] *Préménopause et Ménopause,* Mémento Santé, Santésis, 2010
[454] Dr Anne de Kervasdoué, *Questions de femmes, op. cit*, p. 446
[455] source : http://www.doctissimo.fr/html/sexualite/femmes/se_1064_sex_fem_60ans.htm, consultée le 16.04.2013

physiquement que psychologiquement. Lors de la ménopause, elle est courante et s'accompagne généralement d'une perte de la libido. Ce symptôme trouble la sexualité et multiplie les risques d'infections gynécologiques »[456]. Une impureté en remplace une autre. Si aux femmes ménopausées n'est plus attaché le caractère impur du sang menstruel, il en va de même de son caractère noble. Rappelons, en effet, que l'ambivalence modèle la manière d'appréhender les menstruations : renvoyées à l'impureté, les menstruations sont aussi un signe de féminité, chargé de potentialités positives. L'image d'une sève de fécondité caractérise le flux menstruel. Dénué de ce flux, l'individu ménopausé perd ce qui est perçu comme une source de vitalité. Le sexe féminin se voit alors inscrit dans la décrépitude. Les organes sexuels féminins sont construits comme lieu de nécrose à partir de la ménopause. Ce faisant, le discours social rappelle ici « l'horreur suscitée par le racornissement des organes voués à la reproduction » (Héritier, 2004, p. 22).

Les représentations culturelles associées aux menstruations sont celles d'une nécessité impure. La socialisation des ménarches constitue la traduction de ces représentations dans nos pratiques. La place de la mère ou d'un référent féminin est importante dans cette socialisation : « les représentations que les filles ont de ce que doivent être les règles ont très souvent pour origine les menstruations maternelles à partir desquelles elles construisent un savoir. À travers les attitudes, les gestes ou les paroles de leur mère en période de menstruation, elles intériorisent une certaine idée de ce que sont et doivent être les règles » (Guyard, 2010, p. 71). Si les pairs participent également de ce processus (Vinel, 2008), le cadre médical est un espace de socialisation majeur des menstruations. Dans notre contexte social, la socialisation gynécologique est bien une socialisation médicale : « la santé reproductive des femmes est, en grande partie, prise en charge par la gynécologie médicale. La contraception et la ménopause représentent deux des principaux motifs de consultation, même si les femmes sont encouragées de manière récurrente à se rendre chez un ou une gynécologue dans une démarche préventive tant à travers les campagnes de prévention des cancers féminins que par le biais des magazines de santé » (Guyard, 2010, p. 68). La socialisation de la ménopause physiologique s'inscrit dans la lignée de cette socialisation à la puberté, qui organise une appréhension commune du corps et des flux féminins pour les femmes. C'est ce que nous allons maintenant aborder.

---

[456] source : http://www.futura-sciences.com/magazines/sante/infos/dossiers/d/medecine-menopause-detail-1340/page/7/, consultée le 16.04.2013

2.1.2 Ordonner le chaos, la socialisation des menstruations dans le cadre médical

La socialisation de la ménopause physiologique s'inscrit dans le processus plus global de socialisation des femmes « aux choses du monde féminin », notamment les menstruations, laquelle s'exerce dans le cadre médical.

Au sujet de la consultation gynécologique, Guyard montre que, dès la puberté, « le protocole médical ainsi que le discours tenu par les médecins contribuent à uniformiser les corps et les pratiques selon des normes » (Guyard, 2010, pp. 67-68). Dans les propos des médecins au cours de cette consultation, la question des menstruations et du contrôle dont elles doivent être l'objet revêt un caractère central : « même si les règles ne constituent pas le motif de consultation exprimé, elles font l'objet d'un questionnement systématique de la part des gynécologues. La date des dernières règles est demandée au début de chaque consultation, ce que les femmes rapportent généralement sans hésitation soit pour la noter systématiquement dans leur agenda, témoignant ainsi de l'attention accordée aux menstrues, soit parce qu'elles savent qu'elles devront répondre à cette question et qu'elles s'y sont préparées » (*Ibid.,* p. 71). Cette socialisation tisse ainsi la toile de fond d'un calendrier féminin, ancré dans la fécondité : « situant l'essence de la féminité dans les capacités reproductives des femmes, les gynécologues attribuent une place fondamentale aux règles. Témoin visible du fonctionnement de l'appareil reproducteur, les règles constituent une donnée essentielle pour qu'une femme ait pleinement ''*conscience de sa féminité''* » (*Ibid.*). Essence de la féminité, les menstruations sont également définies comme entrave par les médecins : « gynécologues, hommes ou femmes, affirment que les femmes sont très attachées à leurs règles, qu'il convient selon eux de *''réguler''* afin qu'elles ne représentent pas ''*une entrave à la féminité''*, c'est-à-dire que les femmes ne soient pas gênées dans leur quotidien et leurs relations sociales par ces contraintes physiologiques » (*Ibid.*). Ainsi, l'interrogatoire des médecins au sujet des menstruations constitue une socialisation particulière, sous-tendue par un décryptage du flux : « les médecins cherchent à connaître le nombre de jours entre chaque cycle menstruel et plus particulièrement la régularité de son apparition. Le flux (abondantes ou peu abondantes), la couleur (foncées, claires), la consistance (chargées de caillots, fluides) et parfois même l'odeur sont également interrogés et évalués. Ces critères constituent autant d'éléments auxquels les jeunes filles porteront désormais une attention plus soutenue, parce que alertées par les questions du médecin et pour pouvoir y répondre à la prochaine consultation » (*Ibid.*).

La construction des menstruations qui s'opère en interaction avec le médecin possède une efficacité : en découle une « surveillance minutieuse et sans relâche portée à l'écoulement du sang » (Durif-Bruckert, 1994, p. 61) par les femmes. La socialisation gynécologique est un apprentissage du corps. Le cadre de la consultation médicale constitue un espace de transmission de normes qui contribuent « à perpétuer les représentations négatives du corps féminin. Faire l'expérience de ces consultations à l'adolescence revient à faire l'apprentissage de ces normes et à s'astreindre à un suivi régulier » (Guyard, 2010, p. 72). Face à leurs menstruations, les femmes ont appris qu'elles doivent surveiller « leurs écoulements dont elles connaissent chaque élément avec précision et rigueur » (Durif-Bruckert, 1994, p. 91). Nous allons voir que c'est précisément la question de la surveillance qui sous-tend les propos de nos interviewées au sujet de la cessation du flux menstruel. La construction sociale des menstruations dans notre contexte opère comme processus qui fait « endosser aux femmes une nature prédisposée au changement, au tumulte, au chaos (…) et prompte à la démesure » (Durif-Bruckert, 1994, p. 78), et qu'elles devront mettre en ordre tout au long de leur vie. L'expérience de l'arrêt des règles à la ménopause découle de cette construction et de la socialisation des menstruations, notamment réalisée dans le cadre de la consultation gynécologique, où le chaos doit être mis en ordre. Nous allons voir qu'elles organisent un prisme d'appréhension commun de la cessation des menstruations pour les femmes, marqué par l'affranchissement.

2.1.3 La cessation des menstruations à la ménopause ou l'affranchissement en partage

La manière dont les femmes évoquent la cessation des menstruations est à comprendre à l'aune des représentations associées aux menstruations dans notre culture et de la socialisation particulière dont elle est l'objet. Dans les propos des femmes rencontrées, il est question à la ménopause de *« la fin des inconvénients et désagréments »* dus aux règles. La cessation des règles les dégage d'un processus que l'on doit garder pour soi, lié à l'impureté et à la souillure. Les femmes doivent, en effet, « rendre leur état imperceptible dans la sphère publique et, pour cela, repérer le temps des règles, '*'surveiller''* non seulement le moment '*'où ça va tomber''*, mais aussi se munir des outils nécessaires pour assurer son hygiène et prévoir des vêtements qui ne laissent rien deviner, dans l'éventualité où surviendrait un incident. » (Mardon, 2009, p. 123)

Pour toutes les femmes rencontrées, la cessation des règles met un terme à ce devoir de mise en scène qui entoure les menstruations : elles soulignent le fait que ce devoir ne leur incombe plus. De leur expérience, la dimension contraignante de la gestion d'un flux qui doit rester invisible sur la scène sociale ressort vivement :

> *« à la ménopause, on se dit ''on est sacrément tranquille de ce côté-là, ça y est, on n'a plus ce souci-là !''. Quand j'étais en voyage, c'était galère, quand on part au soleil avec ça pendant 4 ou 5 jours, c'est long, c'est pas très pratique. C'est pas agréable d'être dans cette période-là, pour différentes raisons, surtout les vacances, on est handicapé avec ça. Sur ce côté-là, j'ai bien été contente que ça s'arrête. J'étais libérée de ça, j'étais tranquille. Pour moi, c'était vraiment une bonne chose » (Lisette, 57 ans, sans profession)*
> *« clairement, j'ai pas eu de regrets quand ça s'est arrêté ! Parce que c'est quand même des manipulations, il faut faire attention, quand on voyage il faut penser à amener ce qu'il faut comme matériels, donc c'est un peu casse-pieds, donc ça simplifie la vie par certaines côtés » (Rose, 58 ans, bibliothécaire)*
> *« je peux te dire, ne plus les avoir, ça a été une libération…extraordinaire ! Moi, je me disais '' vivement que j'ai plus mes règles !'', alors ça, ça a été récurrent toute ma vie ! Le jour où t'as plus ça, quelle liberté ! Ne plus se dire ''ah non, je peux pas'' !... Parce que tu calcules, quand tu pars en voyage, c'est emmerdant… Ne plus avoir de règles, pour moi c'était le… ah, ça m'a changé la vie! » (Inès, 59 ans, agent immobilier).*

Nous notons la similitude de ces énoncés, qui reviennent comme un leitmotiv explicatif et englobant du rapport aux menstruations, sous-tendus par les thèmes du voyage et des vacances, ancrés dans le registre de la contrainte. Nous l'analysons comme conséquence des représentations négatives associées aux menstruations et aux mécanismes qui sous-tendent leur socialisation.

Les propos de Roselyne quant à son soulagement de ne plus avoir de règles illustrent à quel point le devoir de gestion qui entoure les menstruations traverse tous les espaces, joue dans nombre d'interactions et informe cette expérience :

> *« tous les mois, tout le temps, c'est vraiment très pénible, tandis que maintenant, il y a plus besoin d'y penser, plus besoin de se promener avec son sac à main et ses petites choses dedans au cas où. En plus, comme je fais de l'aquagym, tous les mois, avoir ses règles, pour aller à la piscine, c'est pas possible ! Donc là plus besoin de prévoir, ça c'est bien ! Et quand vous êtes invité chez des gens, vous avez vos règles, vous vous demandez ''c'est comment chez eux les toilettes ?'', ''comment je fais si j'ai une fuite ?''. Et au boulot, il y a quand même un rythme de travail, parfois on ne peut pas se déplacer pendant deux heures, donc pas pouvoir aller aux toilettes quand on a ses règles, des fois on a des inquiétudes ! Tandis que là, je n'ai plus d'inquiétudes ! Je suis sacrément soulagée ! Parce que c'était gênant, ça m'empêchait de faire certaines choses, être obligée de surveiller toutes les*

heures, ''tiens, il va falloir que j'aille me changer'' » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire)

Les propos de nos interviewées illustrent le fait que la socialisation des menstruations repose sur l'apprentissage de la contrainte et de sa gestion. Leur cessation signe dans le même temps le desserrement de la contrainte.

Au-delà de la contrainte, certaines femmes nous ont fait part d'une expérience des menstruations relevant du mal-être, comme l'illustrent particulièrement les propos de Marie-Claire :

> *« j'avais un sentiment de malaise, c'était comme le sentiment de Sartre dans ''La Nausée'' que j'ai eu longtemps quand j'avais mes règles » (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite).*

Ce type d'expériences corrobore les analyses de Durif-Bruckert qui mettent en évidence l'anxiété au cœur de l'expérience des menstruations. L'anthropologue souligne « un sentiment de méfiance, un souci de surveillance » (Durif-Bruckert, 1994, p. 71) toujours associé aux règles dans les propos de ses interviewées. Nous analysons le rapport des femmes aux menstruations comme construit sur une injonction à l'invisibilisation du flux menstruel dont découlent les sentiments de contrainte et de malaise.

Pour les femmes rencontrées, les menstruations sont associées au temps de l'entrave : entrave à une sexualité, qui ne peut être tout à fait libérée et entrave à la liberté du quotidien qui ne peut être tout à fait sans arrière-pensée puisque toujours associé au devoir d'invisibilisation du flux menstruel. À la ménopause, plus soumises comme elles l'étaient à ce devoir de gestion, ces femmes se projettent comme toujours plus dans l'action, dans un temps où le corps pourrait se faire encore plus oublier, dégageant l'individu des entraves dues aux menstruations. À leurs yeux, le corps dénué de règles est synonyme de liberté :

> *« je me demandais quand j'allais être débarrassée de cet inconvénient des règles, donc c'était une délivrance. C'était une contrainte les règles, être obligée de surveiller tous les mois, j'aimais pas ça, donc une fois je ne les avais plus, ouf ! Soulagement. Pourtant, j'avais ni règles abondantes ni douloureuses, rien, mais c'était la contrainte de devoir porter des protections. Ne plus en avoir, c'était une libération, être libre de tout faire, de pouvoir mettre les vêtements que je veux quand je veux ! » (Jacqueline, 58 ans, sans profession)*
> *« j'étais contente de ne plus avoir mes règles, parce que c'était une période pendant laquelle je devais faire attention, je n'avais pas de rapports sexuels, donc ne plus les avoir, ça facilitait la vie, je peux aller faire du camping quand je veux, ça ne me gêne plus pour aller faire de la rando, je n'ai plus à transbahuter des tampax ! » (Marthe, 51 ans, au chômage)*

L'arrêt des règles se vit comme un surcroît de liberté dans son rapport à l'autre, ce qui émerge particulièrement du sentiment de disponibilité sexuelle :

> *« une femme, dans son mois, il y a des choses qu'elle ne peut plus faire, ''attention, j'ai mes règles, je peux pas faire ça'', moi, je peux tout le temps faire quelque chose maintenant ! Au niveau sexuel, il n'y a plus cette barrière. Pour moi, ça c'est bien ! » (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite).*

Si toutes les femmes rencontrées ne vivent pas la cessation des menstruations sur le même registre, comme nous le verrons dans le chapitre V, la contrainte est, pour toutes, le mode d'appréhension des menstruations. Elles vivent, ainsi, la cessation des menstruations dans un registre commun de l'affranchissement.

Les représentations des menstruations dans la littérature ne se distinguent que peu de celles de nos interviewées. Comme l'ont montré Détrez et Simon, la plupart des romancières « présentent encore le cycle menstruel comme un destin peu enviable reliant le féminin à l'immonde » (Détrez et Simon, 2006, p. 57), à l'exception de quelques auteurs comme Virginie Despentes qui, dans *Baise-moi,* « représente son héroïne ravie de voir couler son sang » (*Ibid.,* pp. 56-57) : Manu « regarde attentivement du sang couler d'entre ses jambes (…) Elle s'est barbouillée de sang jusqu'au sein. La petite dit : ''Ça sent bon dedans (…) C'est spectacle, merde, ça fait plaisir à voir'' »[457]. Annie Leclerc évoque, quant à elle, l'idée du plaisir au sujet du sang menstruel : « Voir et sentir le sang tendre et chaud qui coule de soi, qui coule de source, une fois par mois, est heureux »[458]. La description des sensations qu'elle éprouve lors de ses règles n'entre pas dans les catégories de l'impur et de la contrainte, mais dans celle de la présence au monde : « quand j'ai mes règles (…), c'est le moment le plus tendre, élémentaire, de ma conciliation à la vie. (…) mon ventre coule une tiède salive, un lait obscur. La vie s'épanche en vagues effleurées comme la mer paisible. (…) Je suis ce doux sang qui me quitte. Moi, plus moi. Le monde existe. Je m'y dilue dans l'infinité de la présence »[459]. Si quelques voix de plaisir menstruel existent, elles restent toutefois très largement couvertes par celles de la contrainte et du malaise.

Un premier aspect de l'expérience partagé par les femmes à la ménopause est apparu : celui de l'affranchissement de la contrainte lié au flux menstruel. Nos interviewées partagent

[457] Virginie Despentes, *Baise-moi,* Paris, Éditions J'ai Lu, 1999, pp. 152-153
[458] Annie Leclerc, *Parole de femme*, *op. cit.,* p. 56
[459] *Ibid.*, pp. 84-85

également un terreau de représentations de la ménopause physiologique, ce que nous allons aborder maintenant.

2.2 Incorporation des normes de genre : les effets de la construction sociale de la ménopause physiologique

Les femmes rencontrées partagent un terreau de représentations commun associé à la ménopause physiologique. Sous-tendue par le genre, cette culture partagée de la ménopause en fait un état liminaire, déséquilibré et indésirable, comme nous allons le voir maintenant.

2.2.1 La ménopause comme achèvement du cycle féminin ou la temporalité genrée

Le traitement social organise une prise en charge des femmes dans le cadre médical à partir de leur puberté. Dans le discours médical, *« la femme en période d'activité génitale »*[460] est celle qui se situe entre la puberté et la ménopause. Le discours médical et les pratiques qui en découlent ordonnent la vie féminine en séquences définies à partir de la fécondité : *« il est évident que les femmes ont un rapport au temps différent de celui des hommes. Par la puberté, les règles, l'accouchement, la ménopause, le temps est inscrit dans leur corps, il est intégré intérieurement »*[461] explique ainsi un médecin. Ce type de discours est sous-tendu par les représentations du cycle. D'une part, il pose une forme de « passivité génitale » avant la puberté et après la ménopause. D'autre part, il définit le cycle menstruel comme mode d'être au monde pour les femmes. Il construit, ce faisant, une temporalité genrée.

Cette socialisation construit l'appréhension commune de la ménopause en tant que dernière étape de la vie gynécologique des femmes. Cette construction est efficace : la ménopause est pensée par les femmes rencontrées comme achèvement d'un cycle proprement féminin. Pour évoquer la ménopause, toutes les femmes que nous avons rencontrées ont déployé un « récit de vie gynécologique », évoquant les ménarches, les grossesses ou l'absence de grossesse, les divers maux qu'elles ont vécus (aménorrhée, dysménorrhée), les opérations gynécologiques qu'elles ont subies (ablation de l'utérus, ligatures des trompes), et, parfois, la vie sexuelle. Plus précisément, la ménopause est pensée à partir d'une représentation ternaire de la vie féminine. Nos interviewées établissent un lien entre « les

[460] Clara Pélissier-Langbort, *Guide pratique de gynécologie, op. cit.,* p. 98
[461] Sylvain Mimoun, *in* Bélot-Fourcade Pascale *et al*., *La ménopause, regards croisés entre gynécologues et psychanalystes, op. cit.,* p. 121

mouvements de leur sang qui rythment leur vie : son apparition à l'adolescence qui ouvre le chemin de la maternité, puis ses retours mensuels et enfin sa disparition qui signe aussi la fin de leur fécondité (…). Cette périodicité, toute féminine » (Moulinié, 2013, p. 112). À l'aune de l'écoulement du sang menstruel, le cycle de la vie féminine est marqué par trois phases que sont la puberté, la période de fertilité et stérilité :

> *« à la ménopause, on se dit ''ça y est, on passe à un autre étape maintenant'', c'est une étape, c'est ça, quand on a le début des règles, c'est ''je deviens une jeune fille'', après on a des enfants, et quand cette étape est finie, on se dit ''ça y est, on passe à un autre étape''. Il y a les règles, les grossesses, avoir des enfants, et après ce cap de dire ''on n'a plus rien'', donc on passe un cap » (Monique, 57 ans, vendeuse).*

À leurs yeux, la cessation des menstruations constitue le signe de l'achèvement d'un cycle. :

> *« c'était quand même la fin d'une partie de ma vie… Et puis, c'est quand même, tu as l'adolescence, tu as la période 30-40 ans, enfin, disons qu'il y a l'ado, la jeune femme, la mère, ce sont des tranches de vie et la ménopause, c'est la fin d'une tranche de vie » (Claude, 65 ans, cadre commerciale à la retraite)*
> *« je me souviens très bien quand j'ai compris que j'étais ménopausée, je me souviens où c'était, le labo à Port-Royal. Je me souviens très bien de sortir de ce laboratoire avec mon analyse et de me dire ''voilà, c'est une page qui se tourne'' » (Rose, 58 ans, bibliothécaire).*

Les représentations partagées par les femmes sont celles d'une temporalité proprement féminine. Elles évoquent ainsi la spécificité du rythme qui régissait leur vie de femmes potentiellement procréatrices, marqué par les stances du cycle menstruel :

> *« la ménopause, pour moi, c'est une autre vie. Avant, c'est les règles, qui reviennent chaque mois. Et la ménopause, c'est l'arrêt des règles donc c'est une autre vie » (Josépha, 62 ans, assistante de direction à la retraite)*
> *« la ménopause, c'est dans la ligne du temps, c'est une étape dans mon cheminement de femme. De 12 à 55 ans, il y a eu ce rythme de 28 jours ou 30 jours et là, il n'y a plus ce rythme, c'est ça qui change surtout, c'est au niveau du rythme. Souvent, on dit que les femmes, par rapport aux hommes, elles ont cette horloge-là dans la tête et donc elles ont la notion du temps qui passe, et à la ménopause, ce rythme-là, il s'arrête » (Patricia, 58 ans, art thérapeute).*

Certaines femmes rencontrées évoquent, dans ce sens, *« notre calendrier »* ou la particularité du *« mois des femmes »*. Elles construisent une temporalité proprement féminine constituée par la corporéité même : « les rythmes biologiques dont la femme est le siège font découvrir leur rapport privilégié à la durée. (…) par pulsations mensuelles régulières, le temps s'écoule » (Verdier, 1979, p. 73). Dans ce cadre, l'avènement d'un temps sans menstruations

à la ménopause est saisi par les femmes comme signifiant l'accès à une temporalité différente :

> *« quand même au début, le rythme n'est plus tout à fait le même. On sent que quelque chose a changé dans le rythme, je ne dirais pas physiologique, mais le rythme mensuel » (Rose, 58 ans, bibliothécaire).*

Les représentations des femmes sont celles d'une temporalité féminine qui se découpe et s'appréhende à l'aune des règles. Ces propos renvoient à une scission socialement construite qui saisit le cycle des menstruations comme rapport féminin au monde, ancré dans le cycle de la fécondité : un temps plus proche du corps et de la nature, dans un rapport au monde toujours sous-tendu par la fécondité, véhiculant ainsi l'idée que « la femme est plus corps que l'homme » (Le Breton, 2008, p. 108). La cessation des menstruations constituent ainsi un marqueur du temps qui passe aux yeux des femmes. Les représentations des règles sont celles d'un temps proprement féminin, défini à l'aune de la fécondité et dont la cessation marque l'accès à une nouvelle temporalité.

Nous allons voir que les représentations que les femmes associent à la ménopause actualisent également la construction de la ménopause en tant qu'état entre santé et maladie, marqué par le déséquilibre d'un corps défini par les hormones.

2.2.2 Entre santé et maladie : la ménopause ou l'actualisation genrée au déséquilibre

La construction sociale de la ménopause physiologique en constitue un objet particulier : elle n'endosse pas le statut de maladie, tout en étant appréhendée par le prisme de la pathologie. La ménopause possède ainsi le statut aporétique d'un phénomène normal pathologisé. Elle relève d'un épisode construit comme désordre potentiellement pathologique ouvrant sur l'ère du risque. De cette construction sociale découle une représentation de la ménopause comme un « état intermédiaire ». « Entre santé et maladie » (Herzlich, 1984, p. 35), l'état intermédiaire se caractérise par son ambigüité. Plus précisément, les représentations communes qui lui sont associées sont liées au déséquilibre.

Les femmes rencontrées appréhendent la ménopause sur un continuum allant de la santé à la maladie. Pour qualifier la manière dont la ménopause s'inscrit dans leur vie, les femmes la rapportent et la comparent à la maladie :

> *« la ménopause, c'est quand même moins grave qu'avoir des problèmes de santé » (Inès, 59 ans, agent immobilier)*

« je n'y fais pas très attention, j'ai des problèmes de santé plus graves que ça » (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite)
« en fin de compte, la ménopause c'est un petit truc par rapport à toute la vie, il y a des choses beaucoup plus graves. Je sors d'un cancer quand même ! » (Pauline, 55 ans, assistante maternelle).

Nos interviewées mettent ainsi en place une échelle du pathologique dans laquelle s'inscrit la ménopause. On retiendra, sur ce point, que sont souvent convoquées deux références. La première est le cancer :

« j'ai eu de la chance de ne pas faire un cancer à la ménopause » (Marthe, 51 ans, au chômage)
« si j'avais un cancer, oui, là, ce serait grave » (Lisette, 57 ans, sans profession)
« c'est sûr qu'il y a des symptômes de ménopause, mais ça va hein ! Et puis je vois des gens qui sont pires que moi, des gens qui ont un enfant qui ont un cancer, il faut relativiser aussi ! » (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite).

Ou la maladie grave :

« il y a des choses tellement plus graves que la ménopause ! Autour de moi j'ai des amis qui ont de très graves maladies, donc je me dis ''mais c'est rien ce que tu as, tu ne souffres pas'', c'est ça qui me remotive, parce que souffrir c'est tellement abominable ! » (Évelyne, 59 ans, sans profession).

La perte d'autonomie constitue la seconde référence :

« là il y a eu la ménopause, mais ça va, je ne suis pas encore incapable de bouger quand même ! » (Inès, 59 ans, agent immobilier).

Si « la maladie est régression (…). Mais celui qui s'en sort, comme on dit, se sent revivre. C'est l'épreuve par excellence » (Augé, *in* Augé et Herzlich, 1984, p. 40), nous remarquons avec intérêt que les propos des femmes ancrent la ménopause du côté de l'épreuve : la ménopause possède un potentiel éprouvant. Le recours récurrent à la comparaison de la ménopause avec la maladie, même si les énoncés affirment qu'elle ne constitue pas une pathologie, intègre la ménopause dans cette logique. Ce mouvement indique que la ménopause se voit *a priori* pensée à partir de la catégorie du pathologique.

Les représentations de nos interviewées sont également caractérisées par une forme de jugement de valeurs. Ainsi, le continuum santé/maladie recouvre le bien et le mal :

« pour moi, ça se passe bien » (Évelyne, 59 ans, sans profession)
« j'ai eu peur de la vivre mal » (Inès, 59 ans, agent immobilier)
« comme je la vis bien, j'ai pas eu à prendre de médicaments » (Patricia, 58 ans, art thérapeute).

Le recours au binôme bien/mal ancre l'énoncé dans un jugement de valeurs et une normalisation : il existerait une façon souhaitable de « bien » vivre la ménopause. La manière de vivre la ménopause est perçue selon une modalité capacité/incapacité sous-tendue par l'idée de réussite, et donc d'un potentiel échec. Ainsi, rôde cette crainte de rater le tournant de la ménopause, d'échouer à la vivre « bien », c'est-à-dire conformément à l'attente sociale. C'est en fonction de leur capacité, ou non, à s'intégrer au sein de ce parcours préconçu, normalisé et moralisé que les femmes se pensent, tout d'abord.

Herzlich a montré que l'équilibre constitue le substrat des représentations de la santé : « on le qualifie parfois de ''vraie santé'' ; c'en est à coup sûr la forme supérieure, la ''bonne santé'' au sens fort du terme » (Herzlich, 1984, p. 83). Or, les représentations que les femmes associent à l'entrée en ménopause sont celles du désordre :

> *« je vois la ménopause comme un désordre qu'on a, tout ce changement en nous, le changement de métabolisme » (Monique, 57 ans, vendeuse)*
> *« il y a de sacrés dérèglements » (Rose, 58 ans, bibliothécaire).*

Cette période est pensée comme une ère du liminaire, de l'entre-deux :

> *« c'est un passage un peu difficile quand même, on sent que ça travaille » (Joséphа, 62 ans, assistante de direction à la retraite).*

La ménopause n'est pas la santé parce que l'entrée en ménopause constitue, pour les femmes, un moment de rupture d'équilibre : l'avènement d'un état intermédiaire qui abolit « l'équilibre, la vraie santé, l'épanouissement. L'état intermédiaire s'oppose simultanément à la maladie et à l'équilibre » (Herzlich, 1984, p. 101). Plus précisément, les femmes ont largement incorporé les représentations de la ménopause comme déséquilibre d'un substrat hormonal. Nous avons montré que la question des hormones sous-tend le discours médical au sujet de la ménopause. La socialisation de la ménopause fournit un certain terreau de connaissances sur ce point. Le déséquilibre du substrat hormonal fonctionne ainsi pour nos interviewées comme prisme d'appréhension de la ménopause. Le champ sémantique dont elles font usage sur ce point est uniforme. L'énoncé de Dinah résume ainsi les représentations à l'œuvre : *« hormonalement, ça veut dire quelque chose la ménopause » (Dinah, 58 ans, avocate).* Il illustre, ce faisant, une socialisation réussie par le prisme biomédical. Une représentation commune du corps émerge chez nos interviewées au sein de laquelle « les hormones » constituent une sorte d'entité organisatrice du féminin et sont sujettes à une forme d'excitation aux abords de la ménopause :

« il y a les hormones qui s'agitent » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique)
« il y a une phase à la ménopause où ça vous travaille, les hormones, c'est terrible ! » (Mylène, 52 ans, secrétaire).

Puis un véritable bouleversement a lieu :

« il y a le bouleversement hormonal à la ménopause, t'es vraiment mal dans ta peau physiologiquement » (Inès, 59 ans, agent immobilier)
« la ménopause, avec les hormones, et l'influence de ces hormones sur nous, quand elles s'arrêtent, tout trinque après ! » (Annette, 57 ans, institutrice à la retraite)
« la ménopause je pense que c'est un problème d'hormones et ça fait un micmac » (Sophie, 55 ans, secrétaire)
« c'est un déséquilibre dans le cycle hormonal, c'est fatalement un déséquilibre » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique).

Deux types d'explications prévalent, quant à la transformation en jeu à la ménopause. Pour certaines femmes, il s'agit d'une perte complète d'hormones féminines :

« la ménopause, c'est l'arrêt de la sécrétion des hormones féminines » (Corinne, 45 ans, assistante de direction)
« il y a les hormones qui diminuent, petit à petit, elles diminuent pendant la préménopause jusqu'à arriver à zéro » (Patricia, 58 ans, art thérapeute)
« le problème à la ménopause, c'est qu'on ne fabrique plus d'hormones féminines » (Rachel, 61 ans, cadre de la fonction publique à la retraite).

Pour d'autres, moins nombreuses, les hormones masculines prennent le dessus :

« la ménopause, c'est un dérèglement hormonal, je pense. Apparemment, c'est qu'on a beaucoup moins d'hormones féminines que masculines qui sont produites » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire)
« en fait, à la ménopause, on produit beaucoup plus d'hormones mâles que femelles » (Maud, 50 ans, juriste).

Les bouffées de chaleur sont perçues comme la conséquence de cette désaffection hormonale :

« on fabrique moins d'hormones et ce manque de fabrication d'hormones provoque les bouffées de chaleur » (Sophie, 55 ans, secrétaire)
« ces bouffées, ça doit être du au fait qu'on n'a plus nos hormones féminines » (Annette, 57 ans, institutrice à la retraite).

De ce bouleversement hormonal découleraient des conséquences sur la « psyché féminine » : quelle que soit la catégorie sociale, les femmes font part de la représentation d'un potentiel déséquilibre psychique. Elle s'énonce, toutefois, différemment, selon les CSP.

Les CSP moyennes et supérieures, se référant à « l'humeur », évoquent un malaise en termes de baisse de moral, voire de déprime :

« je pense qu'il y a le bouleversement hormonal qui fait que comme t'es mal dans ta peau, t'es mal dans ta tête. Moi, je trouvais que j'étais souvent de mauvais poil sans raison, de mauvaise humeur, grincheuse, pas gaie, pas envie de faire des choses… » (Inès, 59 ans, agent immobilier)
« il y a certaines périodes où les ovaires vont se mettre à produire beaucoup d'œstrogènes, certaines périodes où ils vont ne plus produire du tout, donc ça a des répercussions sur l'humeur, on n'a pas la pêche, on n'est pas vraiment sereine » (Virginie, 46 ans, coordinatrice de l'animation dans une école).

Mêmes les interviewées qui n'ont pas expérimenté elles-mêmes de malaise, estiment que le bouleversement hormonal peut faire le lit de symptômes dépressifs pour les femmes sujettes à ce type de problèmes :

« moi ça ne m'est pas arrivé, mais pour une femme déjà fragile psychologiquement, j'imagine que la ménopause peut aggraver les choses » (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite)
« il y a une coupure, et avec les hormones, je pense que c'est un moment où on peut faire une dépression si déjà on a tendance un peu à être dépressive » (Joséph a, 62 ans, assistante de direction à la retraite).

Toutefois, pour ces femmes, si la ménopause peut avoir des répercussions émotionnelles, celles-ci sont circonscrites dans le temps.

Les propos des femmes de CSP populaires sont, quant à eux, sous-tendus par l'imaginaire des nerfs. Elles font part, d'excitation, voire d'énervement :

« moi, j'ai des moments de surexcitation où je ne peux pas dormir, c'est les hormones qui travaillent » (Mylène, 52 ans, secrétaire)
« avec la ménopause, parfois, on est énervé, on n'est pas bien, pas claire, parfois je pète les plombs, je ne sais pas bien pourquoi d'ailleurs, une grosse fatigue et d'un coup vous pétez les plombs ! » (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite).

Elles établissent un lien direct entre le bouleversement hormonal et cet énervement :

« dans le caractère, on s'emporte facilement, le caractère change, tout à coup, vous partez dans une colère ! Je pense que c'est hormonal, parce que les hormones, ça régularise beaucoup de choses. Avant, j'étais très cool, alors que là on sait pas pourquoi des fois je m'emporte, on est sur les nerfs, on réagit au quart de tour, c'est les changements qu'on a dans le corps, comme il y a un manque d'hormones » (Sophie, 55 ans, secrétaire)
« l'énervement, je pense que ça doit venir des hormones, j'avais une poussée d'énervement tout de suite, alors s'il y avait quelqu'un qui me parlait, oh lala ! Je l'envoyais courir ! A mon avis, ces énervements, c'est dû aux hormones, au changement de métabolisme qu'on a pendant la ménopause, ça vient de ça » (Monique, 57 ans, vendeuse).

Certaines femmes de faible niveau culturel (au sens de la « culture légitime ») mettent également en jeu l'imaginaire de la pléthore sanguine. Parce qu'il n'est plus évacué à partir de la ménopause, le sang jouerait un rôle délétère sur l'état émotionnel et physique :

> *« il y a des sautes d'humeur à la ménopause, on le sent et il y a pas mal de dictons… J'ai eu une cousine, quand elle a été ménopausée, ça lui est monté à la tête, elle se promenait toute nue dans son jardin, on a été obligé de la faire enfermer et j'ai toujours entendu dire que c'était parce qu'à la ménopause, le sang l'a travaillé et elle est devenue folle » (Bernadette, 62 ans, commerçante).*
> *« le sang qu'on n'évacue plus, il doit remonter quelque part quand tu n'as plus de règles, donc ce sang, on le sent, justement, il monte à la tête ! On le sent, on a chaud. Je pense que ça vient de là, cet arrêt des règles, qui donne ces bouffées de chaleur et cet énervement. Je pense que le sang remonte au lieu de redescendre ! » (Monique, 57 ans, vendeuse)*
> *« entre 12 et 50 ans, une fille a ses règles, donc c'est normal que quand ça s'arrête, ça change tout. Une cousine a eu comme ça plus de règles pendant 6 mois, mais elle se sentait mal, elle restait allongée tout le temps, elle était pas bien, elle a dû aller chez le médecin, et en fait c'était comme du sang bloqué, elle a été opérée, il fallait que ça sorte, sinon c'était très grave » (Nora, 53 ans sans profession).*

Pour ce type d'interviewées, le changement hormonal peut être la cause d'une transformation du caractère à la ménopause :

> *« j'ai des sautes d'humeur, c'est ma fille qui me l'a fait remarqué, que j'ai changé, j'étais pas pareille qu'avant, j'étais en colère, énervée, pas contente après ma fille et mon mari, alors qu'avant j'étais pas comme ça. Là, je m'énervais pour des petites choses, alors que c'était pas dans ma nature d'être comme ça. Je pense que les sautes d'humeur, c'est lié aux hormones, il n'y a plus d'hormones, c'est à cause de ça, la nervosité » (Nora, 53 ans sans profession).*

Qu'il se traduise en termes d'humeur ou de nerfs, les représentations de l'entrée en ménopause sont marquées par un déséquilibre pour nos interviewées. Au cœur de ce déséquilibre se situent les hormones, pensées comme des entités agissantes.

Nos interlocutrices partagent ainsi les représentations d'un corps dépourvu d'hormones féminines à partir de la ménopause. De cette perte essentielle, découle l'image d'un corps à risque. N'étant plus protégé par les hormones, le corps ménopausé est perçu comme potentiellement vulnérable. Reprenant ainsi à leur compte la rhétorique médicale, de nombreuses femmes évoquent les risques entourant le corps à partir de la ménopause :

> *« on a un risque plus grand d'accident cardio-vasculaire, c'est le fait qu'on n'est plus protégé par nos hormones » (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite)*

« je pense que les hormones, ça protège quelque part, donc après la ménopause, il y a plus de risques de cancers » (Léa, 52 ans, chargée de paie).

Espace d'un bouleversement, le corps ménopausé est également perçu par les femmes rencontrées comme le lieu de transformations indésirables. Nous allons maintenant nous intéresser au mode commun d'appréhension du corps et de ses manifestations, telles que les bouffées de chaleur.

2.2.3 Une appréhension commune du corps indésirable

Les femmes rencontrées convoquent un même registre d'appréhension du corps. Lorsqu'elles évoquent leur corps, nos interviewées opèrent, tout d'abord, une dichotomie entre leur corps actuel et un corps passé. Elles comparent systématiquement ces deux corps, comme si le corps actuel, celui de « maintenant » existait en référence au corps d' « avant ». Cet adverbe parcourt les entretiens et l'image du corps d'avant la ménopause fonctionne comme référence dans la perception et les pratiques :

« la peau s'est asséchée, je mets beaucoup plus de crème alors qu'avant j'en mettais moins. (…) Avant je mettais des petits hauts avec des bretelles fines, mais maintenant je ne peux plus» (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire)
«à partir de la ménopause, on sent que le vieillissement se marque d'année en année, alors qu'avant non » (Rose, 58 ans, bibliothécaire)
« ce qui est sûr c'est qu'une fois ménopausée, tu n'arrives plus à perdre du poids comme avant, il faut que je fasse très, très attention maintenant » (Claude, 65 ans, cadre commerciale à la retraite).

L'usage récurrent de ces adverbes de temps traduit le processus de socialisation à la ménopause comme socialisation à un corps transformé, voire « à part ».

Les signes caractérisant le corps indésirable dans les propos des femmes rencontrées sont notamment l'épaississement du corps et les bouffées de chaleur. Sur ce point, nos analyses corroborent celles de Delanoë et Thöer-Fabre, qui mettent en évidence des perceptions identiques en termes de transformations du corps chez leurs interviewées.

La question de l'épaisseur du corps à partir de la ménopause est centrale dans leur propos. Que leur corps se soit épaissi ou non, cette question est abordée. Ainsi, Dinah, la seule interviewée qui explique que sa silhouette n'a pas changé, met d'elle-même ce constat en avant en l'associant à une intense pratique sportive :

« j'ai pas grossi à la ménopause. Il faut dire que je fais beaucoup de sport, de l'aviron trois fois par semaine » (Dinah, 58 ans, avocate)

Toutes les autres interviewées évoquent un changement indésirable de leur silhouette, combinant une plus grande ampleur et une moins bonne tenue des chairs :

« j'ai dû prendre deux kilos à la ménopause, mais c'est pas seulement les deux kilos, c'est toute la silhouette et toutes les chairs qui s'affaissent, esthétiquement parlant, c'est pas joli du tout. J'aurais bien voulu éviter cet épaississement du corps. Avant, je n'avais rien autour de la taille, là j'ai un bourrelet, j'aime pas, je ne m'aime pas, je n'aime pas du tout mon corps » (Rachel, 61 ans, cadre de la fonction publique à la retraite)
« j'ai pris du poids, enfin du volume plus exactement, c'est là que ça se situe, taille, abdomen, ventre, c'est un marqueur ! Et la peau molle aussi ! » (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition)
« j'ai pris des kilos, le corps se transforme vraiment à la ménopause. J'ai pris beaucoup de seins ! Et puis j'ai grossi, le corps s'est élargi… C'est pas très agréable ! Le corps change, les rides s'installent, le visage tombe… J'étais pas comme ça avant, j'ai changé ! Et dans la mesure où il se passe quelque chose qui modifie le corps sans qu'on le désire, quelque chose qui n'est pas tout à fait agréable quand même, on peut peut-être dire qu'il y a un petit problème » (Rose, 58 ans, bibliothécaire).

Les bouffées de chaleur sont l'autre signe construit comme indésirable. Soulignons que nous nous intéressons, pour l'instant, non aux représentations et aux pratiques qu'elles engagent chez les femmes, que nous aborderons dans le chapitre V, mais à la manière commune qu'elles ont de les évoquer.

Chez les femmes qui en ont fait l'expérience, les bouffées de chaleur nous sont décrites comme une présence inédite du corps : une brusque sensation de chaleur accompagnée d'une forte transpiration et de rougeurs au visage, dans le cou et sur le buste. Elles constituent, en outre, une manifestation qui peut intervenir au cœur de la scène sociale et la bousculer, comme nous le verrons dans le chapitre V. Toutes les femmes qui ont fait l'expérience de bouffées de chaleur parmi celles que nous avons rencontrées (26/30) se saisissent de cette expérience comme signifiante. Quelque soit les CSP et les lieux de résidence, les femmes rendent compte de l'expérience des bouffées de chaleur comme le fait d'être l'objet d'une possession. Cette idée transparaît dans l'usage du verbe « être pris » :

« ah, je souffre énormément des bouffées de chaleur ! Ça me prend dans la journée, ça me prend dans la nuit, c'est le plus désagréable » (Sophie, 55 ans, secrétaire)
« les bouffées de chaleur, il y avait les moments où ça me prenait, aaah ! » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire)
« les bouffées de chaleur, ça te prend à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit » (Claude, 65 ans, cadre commerciale à la retraite).

Les femmes soulignent le caractère imprévisible de ce phénomène, qui participe de la perception d'être possédée :

> *« surtout, les bouffées de chaleur, ça arrive sans avertir ! On se dit ''qu'est-ce qui arrive ?''. Oh ! C'est une impression atroce ! » (Joséphа, 62 ans, assistante de direction à la retraite)*
> *« la chaleur, ça monte d'un seul coup. Il y a un côté incontrôlable dans les bouffées de chaleur, quand ça monte » (Patricia, 58 ans, art thérapeute)*
> *« on a l'impression qu'on est pris un peu en otage par son propre système, par son corps, c'est ce côté que vous maitrisez pas qui est perturbant » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique)*
> *« c'est surprenant, ça arrive n'importe quand, d'un seul coup, pouf ! Ça prévient pas ! » (Annette, 57 ans, institutrice à la retraite).*

Pour nos interviewées, les bouffées de chaleur constituent des « occasions où notre corps, ou un instrument que nous croyons diriger, échappe au contrôle, dévie de sa course, n'est plus seulement soumis aux forces naturelles mais leur est complètement assujetti, toutes choses ayant pour conséquence de rompre le cours tranquille de l'existence. (…) Dans ces situations, le corps perd sa dimension sociale, intentionnelle, pour ne garder que sa force naturelle et causale » (Goffman, 1991, pp. 40-41). Est en jeu ici une incapacité à anticiper la manifestation et à contrôler le corps.

Dans leurs descriptions des bouffées de chaleur, nous retrouvons, en outre, la dimension de « corps en ébullition » (Thoër-Fabre, 2005, p. 102), sous-tendue par la chaleur et le déplacement d'une substance bouillonnante, généralement le sang :

> *« il y a quelque chose qui se passe en toi, ces bouffées de chaleur, ce truc, comme si t'as le sang qui montait à la tête, t'as chaud, chaud, chaud, puis d'un coup boum ! Cette transpiration qui vient ! Oui, on a ce truc qui monte, puis d'un seul coup, boum, ça retombe » (Monique, 57 ans, vendeuse)*
> *« on a l'impression de sang qui bouillonne ! On sent brusquement le sang qui monte à la tête, ça dure une minute et après ça retombe » (Joséphа, 62 ans, assistante de direction à la retraite)*
> *« les bouffées de chaleur, je pense que c'est le sang qui doit être en demande d'une certaine quantité d'hormones et comme il n'y en a pas, il réagit comme s'il avait eu un coup de chaud, comme une fièvre, ça donne l'impression d'être près d'un feu » (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite).*

Les femmes rencontrées nous font part de la sensation d'un fluide sortant de leur corps :

> *« ce qu'il y a de désagréable, c'est ce sentiment qu'il y a quelque chose qui sort de votre corps ! » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique)*
> *« c'est des sensations désagréables, comme une boule de chaleur qui monte et l'impression qu'on va éclater » (Annette, 57 ans, institutrice à la retraite).*

Si la ménopause est qualifiée par nos interviewées de phénomène *« naturel »,* elle s'écarte bien, toutefois, de l'équilibre que constitue la santé, parce que la pleine santé est aujourd'hui liée au silence du corps (Le Breton, 2003). Dans le même sens, si elles sont jugées *« naturelles »,* les bouffées de chaleur relèvent d'une nature impétueuse : elles sont perçues comme remous de la nature en soi.

Dans les représentations occidentales, les bouffées de chaleur sont « naturellement » associées à l'image de « la femme ménopausée » : l'imagerie de la femme au visage empourpré et en sueur nourrit publicités et films[462]. Cette question n'en reste, cependant, pas au seul lieu commun de l'imaginaire collectif et à la page des magazines : la question des bouffées de chaleur parcourt chaque entretien réalisé, que l'interviewée ait connu des bouffées de chaleur ou non. Toutes nos interviewées se sont saisies des bouffées de chaleur comme phénomène signifiant et indésirable. Comme nous le verrons, par la suite, les bouffées de chaleur sont une expérience qui engagent des représentations et des pratiques différentes selon les CSP et les lieux de résidence des femmes. Toutefois, une appréhension commune aux femmes se fait jour ici : pour toutes, le caractère indésirable des bouffées de chaleur repose sur l'impression d'en être les jouets. Est bien ici en jeu l'expérience d'un corps qui échappe au contrôle. Nous verrons, par la suite, que les femmes y opposent un « processus de civilisation » (Elias, 1973).

Cette manière d'appréhender l'espace corporel comme lieu de phénomènes indésirables est apparue comme un monde partagé par les femmes rencontrées. Cette communauté d'appréhension constitue le résultat de leur socialisation à un corps construit comme indésirable : en effet, le fait de « décider si un évènement corporel est normal ou pénible relève d'un apprentissage culturel et social et non d'une évidence naturelle » (Le Breton, 2010, p. 77).

Un substrat commun sous-tend les représentations et l'expérience des femmes à la ménopause physiologique, qui découle de la construction et de la socialisation de la ménopause. Leurs représentations de la cessation des règles s'ancrent ainsi dans le registre de l'affranchissement. La ménopause est appréhendée comme achèvement d'un cycle féminin, dans le cadre d'une temporalité genrée. L'entredeux que constitue la ménopause est, quant à

[462] Pour exemple, dans le film *Sex and the city 2* (2010), une des héroïnes est contrainte d'abandonner son traitement contre les bouffées de chaleur au cours des péripéties d'un voyage. Ses bouffées de chaleur deviennent un gag récurrent tout au long du film.

lui, perçu comme déséquilibre d'un substrat hormonal. Plus précisément, le modèle de ménopause chez nos interviewés est endogène et soustractif (Laplantine, 1986) : la ménopause est, en effet, perçue comme remous de la nature en soi et résultat de la perte d'hormones. Un même registre d'appréhension du corps émerge, enfin, chez nos interviewées, en tant qu'espace de transformations indésirables. Comme nous allons le voir maintenant, les femmes opposent un travail de « civilisation » (Elias, 1973) à ces transformations.

2.3 Entre civilisation et discipline, des formes de résistance individuelle

Pour nos interviewées, la ménopause est intimement associée à un travail du corps. En regard de la « civilisation » (Elias, 1973) et de la « discipline » (Foucault, 1975) dont est l'objet le corps ménopausé, nous interrogeons également l'agentivité des femmes et les formes de résistances qu'elles opposent à la manière dont est construite la ménopause dans notre contexte social.

2.3.1 Civiliser le corps indésirable

Dans les représentations des femmes, l'entrée dans la ménopause constitue un déséquilibre qui s'accompagne de modifications indésirables des chairs et des volumes du corps. Elles prêtent une attention commune à certains signes spécifiques du corps et leur opposent un processus de civilisation. Ce processus opère par « la tendance générale à soustraire à la vue de la société ce qui pourrait offenser sa sensibilité » (Elias, 1973, p. 258) et notamment les flux du corps (menstruations, crachats, excréments, transpiration), lesquels doivent être tenus en coulisse. La civilisation du corps à la ménopause consiste précisément à oblitérer des signes construits comme indésirables, et particulièrement les bouffées de chaleur. Toutes les femmes qui ont fait l'expérience de bouffées de chaleur parmi celles que nous avons rencontrées (26/30) se saisissent de cette expérience comme signifiante et devant être l'objet d'un travail. Civiliser le corps revient, d'une part, à adopter des techniques de gestion des bouffées de chaleur. Les femmes qui en ont éprouvé évoquent une interruption de l'activité en cours. Elles soulignent toutes qu'elles font usage de technique de prise en charge de l'évènement :

« quand j'avais une grosse bouffée de chaleur dans un magasin, j'enlevais tout, si j'avais une veste j'enlevais la veste, si j'avais une écharpe j'enlevais l'écharpe, et puis je prenais tout de suite un mouchoir, j'essayais de trouver là où il y avait un petit coin d'eau pour me le mettre sur la figure » (Monique, 57 ans, vendeuse)
« si j'avais une bouffée de chaleur en plein boulot avec quelqu'un, j'essayais de faire une pause d'une façon ou d'une autre… Admettons, je suis en pleine négociation et je ne me sens pas bien, je pouvais trouver un prétexte, en disant : ''tenez, on va aller voir ci ou ça'', donc je trouvais toujours… Ou alors je biaisais pour faire ma réunion à un autre moment » (Claude, 65 ans, cadre commerciale à la retraite)
« moi, j'ai des techniques quand j'ai une bouffée de chaleur, je m'assois, avec les avant-bras à l'air, je bois un verre d'eau et je respire tout doucement, ça aide à descendre la chaleur » (Patricia, 58 ans, art thérapeute).

Aux bouffées de chaleur correspond bien une réponse des femmes. L'analyse de leurs propos nous permet de faire émerger et de circonscrire une série d'actes et de gestes qu'elles opèrent lors de bouffées de chaleur. Ces stratégies développées par les femmes lors des bouffées de chaleur nous semblent relever de « techniques du corps » selon le terme de Mauss. L'expérience d'une bouffée de chaleur et sa gestion répondent à des normes collectives précises, des techniques de soi apprises, et « non un produit de je ne sais quels agencements et mécanismes purement individuels » (Mauss, 1999, p. 368). Ces techniques ont toutes pour but d'effacer le signe jugé indésirable. Toutes les interviewées mettent en place une technique de civilisation à l'égard des bouffées de chaleur, relevant de « norme de comportement » (Elias, 1973, p. 370). En effet, la perception du corps n'est « jamais purement physiologique, elle relève d'une symbolique » (Le Breton, 1995, p. 14) : l'appréhension des bouffées de chaleur comme phénomène à invisibiliser découle du caractère indésirable qui leur est associé dans notre culture. Sur ce point, nous reviendrons en profondeur sur les expériences des bouffées de chaleur dans le chapitre suivant afin d'éclairer leur hétérogénéité.

Face aux bouffées de chaleur, le processus de civilisation du corps passe, d'autre part, par l'usage d'un médicament. Qu'elles fassent usage d'un traitement hormonal, d'un traitement par homéopathie ou de compléments alimentaires, la plupart des femmes rencontrées ont, en effet, recours à un médicament qui constitue une réponse aux bouffées de chaleur. Certes, « on ne suit pas un ''THS'' comme on prend un traitement à base de plantes (…), le second relève entièrement de l'initiative personnelle (nulle ordonnance n'est nécessaire), le premier, lui, est aux mains du corps médical qui en évalue la pertinence, fixe la posologie, établit l'ordonnance et en suit les effets au cours de consultations régulières » (Moulinié, 2013,

p. 115). Si le remède dont les femmes font usage n'est pas forcément le même et que des logiques différentes sous-tendent la prise de ces différents traitements comme nous le verrons par la suite, le mécanisme global nous semble proche : l'usage d'un objet de pharmacopée. Nous analysons ces traitements, qu'ils soient des THS ou non, en tant qu'objet de même fonction car « la nature d'un objet quel qu'il soit est contenu dans le sens qu'il a pour la personne qui le prend comme objet » (Blumer, 1998, p. 11, notre traduction). Or, pour nos interviewées, la fonction de ces objets est de participer d'un travail de soi à la ménopause. Dans ce sens, la ménopause constitue une expérience médiée par des objets civilisateurs.

Sur 30 femmes rencontrées, 23 ont eu recours à un traitement à la période de la ménopause. Parmi les sept femmes n'ayant eu recours à aucun traitement, quatre ont indiqué n'en avoir pas pris parce qu'elles n'ont ressenti aucun symptôme assez gênant pour nécessiter à leurs yeux le recours à une pharmacopée et trois interviewées parce qu'elles souhaitaient supporter les manifestations corporelles sans médicament. Plusieurs femmes ont rapporté avoir eu recours à plusieurs types de traitement (hormones, soja et plantes) au cours de la ménopause, corroborant les analyses de Vinel (2008b).

Les femmes qui font usage d'un THS sont plutôt des femmes urbaines et de catégories socioculturelles moyennes et supérieures. Ces femmes expliquent leur recours au THS par plusieurs raisons : la recherche de la disparition de symptômes, la préservation d'un « capital esthétique », d'un « capital santé » et d'un « capital féminin » (Delanoë, 2001), corroborant les analyses de Delanoë et Thoër-Fabre sur ce point. Le traitement hormonal constitue bien pour les femmes « un objet permettant de soulager les troubles de la ménopause, de prévenir les maladies et les transformations associées à la vieillesse » (Thoër-Fabre, 2005, p. 149). Le THS opère comme thérapie « additive » (Laplantine, 1986, p. 206) : il permet de pallier un manque et de préserver un état. Nous éclairerons plus avant l'usage du THS dans le prochain chapitre.

Les femmes qui n'ont pas recours au THS se tournent largement vers ce qu'elles considèrent des solutions « naturelles » notamment en vue de rééquilibrer le désordre de la ménopause. Les conduites des femmes qui ont recours à des compléments alimentaires empruntent à la logique biomédicale (la ménopause entraîne un désordre qu'il faut traiter) mais ne souhaitent pas utiliser de traitements chimiques, soit que leur médecin ne leur en ont pas prescrit, soit qu'elles les jugent nocifs : « le recours à d'autres médecines (parallèles ou non conventionnelles) s'enracine en partie dans une certaine déception face à la médecine allopathique, avec des mises en cause aussi diverses que celles de l'approche parcellaire du

corps, de l'insuffisance prise en compte du discours du patient, ou encore des effets indésirables des médicaments prescrits » (Fainzang, 2012, p. 83). La défiance vis-à-vis des traitements hormonaux est partagée par certaines femmes urbaines et de CSP supérieures. Cette défiance s'ancre plus largement dans un contexte où « un nouveau savoir s'est donc fait jour, selon lequel il est nocif de consommer trop de médicaments chimiques » (Fainzang, *in* Collin *et al.,* 2006, p. 278). Elle s'inscrit ainsi « dans cette remise en cause de la médicalisation et trouve sa justification dans la dénonciation de la toxicité des médicaments. Elle témoigne aussi d'une nouvelle sensibilité aux risques et aux effets secondaires que comporte la prise médicamenteuse » (Thoër-Fabre, 2005, p. 61).

L'usage de traitements « naturels », c'est-à-dire non hormonaux, tels les compléments alimentaires à base de soja ou de plantes par exemple, est rapporté par de nombreuses interviewées, quel que soient leur CSP et leur lieu de résidence. Les représentations liées aux compléments alimentaires sont celles de la naturalité et l'innocuité. L'image de la légèreté du traitement prévaut, comme le montrent les propos d'Évelyne et Inès, utilisant l'adjectif « petit » pour caractériser leur traitement. Ce terme traduit son caractère inoffensif :

> *« j'ai eu des bouffées de chaleur, donc j'ai pris des petites capsules de soja, c'est des compléments alimentaires, que j'ai pris pendant au moins 2 ans et j'avais moins de bouffées de chaleur » (Évelyne, 59 ans, sans emploi)*
> *« j'ai pris des petits moyens comme ça, le soja, un peu empiriques» (Inès, 59 ans, agent immobilier).*

Les représentations associées aux traitements « naturels » sont celles d'un compagnon de route pendant l'expérience de la ménopause. Les femmes qui en ont utilisé expliquent qu'elles en voient les effets de manière aléatoire, voire pas du tout, sans pour autant arrêter leur consommation :

> *« pour les bouffées de chaleur, j'ai pris des comprimés ''Biopause'' que je prenais une ou deux fois par jour, donc ce traitement a pu faire que je n'en ai pas eu de trop fortes… Je ne sais pas » (Lisette, 57 ans, sans profession)*
> *« j'ai un peu pris des comprimés à base de plantes pour calmer les bouffées de chaleur, mais j'ai dit ''c'est un peu placebo'', et puis c'est passé tout seul » (Pauline, 55 ans, assistante maternelle)*
> *« de temps en temps je prends du Manahé, parce qu'il y a pas d'hormones, il y a pas de soja, il y a rien dedans, c'est, entre guillemets, efficace » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire)*
> *« pour les bouffées de chaleur, à un moment je prenais des trucs de soja, placebo à mon avis » (Julie, 54 ans, urbaniste).*

La rhétorique associée à ces traitements est celle de l'innocuité. La dimension essentiellement symbolique de l'usage de ce type de produits se fait jour : le fait d'acheter, voire de consommer ces traitements, participent de l'expérience de la ménopause en tant que

tel. Les conduites de ces interviewées peuvent, de prime abord, apparaître comme des « conduites paradoxales » (Fainzang, 1997), mais si elles n'ont pas recourt aux compléments alimentaires du fait de l'efficacité qu'elles leur prêtent (elles affirment elles-mêmes leur inefficacité), une autre logique préside à leur conduite : l'usage d'un objet de médiation qui marque tout à la fois la ménopause et le processus de civilisation qu'elles en opèrent. Jugés inoffensifs, voire inefficaces, les compléments alimentaires fonctionnent comme signe marquant la réponse positive des femmes au devoir de civilisation du corps à la période de la ménopause.

Les quelques femmes qui n'ont pas recours à un médicament évoquent un travail de soi plus marqué à partir de la ménopause. Celui-ci émerge de leur usage du terme « faire attention ». À partir de la ménopause à leurs yeux également, l'injonction est à une surveillance de soi accrue :

> *« l'idée c'est aussi de faire attention à ce qu'on mange, c'est faire attention, manger moins de sucres, manger que des légumes le soir. Et puis j'ai continué à faire du chi qong et de la marche » (Patricia, 58 ans, art thérapeute)*
> *« je sais que je me tiens plus droite, dans la rue, je me tiens plus droite. Je n'ai pas envie d'avoir l'air voutée. Et je fais de la barre au sol à fond. Parce j'ai envie de continuer à rentrer dans mes jupes et mes pantalons. Donc je fais attention » (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition).*

L'extension de la surveillance de soi constitue ainsi, *a minima*, la discipline pour les femmes à partir de la ménopause.

Que ce soit par le biais de traitement hormonaux ou « naturels », voire d'une surveillance accrue, il apparaît que, pour les femmes rencontrées, l'expérience de la ménopause exige un travail de civilisation du corps. La médiation par le médicament participe de cette civilisation à la ménopause.

L'expérience des femmes à la ménopause illustre le caractère hétérogène du processus de civilisation : il est traversé par le genre. Le « contrôle social continu » (Elias, 1973, p. 172) s'exerce particulièrement sur les corps des femmes dans notre contexte social et la civilisation du corps à la ménopause en est la traduction. Pour faire un parallèle avec l'analyse d'Elias portant sur le processus de civilisation des enfants, nous estimons que l' « on travaille » particulièrement les femmes tout au long de leur vie et que la ménopause constitue un épisode prégnant de ce travail. En effet, si « l'homme sans restriction est une vue de l'esprit » (Elias, 1973, p. 470), les contraintes pèsent différemment selon la place de l'individu dans l'espace

social et les femmes, plus que les hommes, sont soumises à des contraintes de civilisation du corps : on exige des femmes, comme la gestion des bouffées de chaleur en est un exemple, une régulation plus large et plus profonde du corps. Nous allons maintenant nous intéresser plus particulièrement à l'usage du traitement hormonal en tant que technologie sous-tendue par le genre.

2.3.2 Discipliner le corps à la ménopause : de l'usage des THS comme outil de performance de genre

Nous appréhendons le traitement hormonal comme une technologie de genre, découlant d'une définition du féminin à l'aune de la fécondité et visant à délivrer aux femmes un dispositif de performance de genre.

Notre contexte social érige comme étalon le corps de la jeune femme : le corps féminin jugé « normal » est celui de femmes en âge de reproduction. C'est, en effet, à l'aune de la chimie des femmes en période de reproduction qu'est jugé un déclin à la ménopause (Lock, 1993). La période de la ménopause n'est donc pas envisagée comme entrée dans une nouvelle norme, mais comme la sortie de la norme de la féminité. Ainsi, en nommant les femmes « ménopausées », le médecin leur associe « la notion d'une norme altérée » (Herzlich, *in* Augé et Herzlich, 1984, p. 195). Or, le cadre médical fournit aux femmes un certain type de moyen de remédier à cette altération sous la forme du traitement hormonal. L'usage et les représentations associés aux THS ont été étudiés par Delanoë et Thöer-Fabre. Ce qui nous intéresse ici sont les mécanismes qui sous-tendent cet usage.

Le traitement hormonal, expliquent les médecins dans les traités de gynécologie, *« permet de ''gommer'' la plupart des troubles »*[463], *« la prescription d'œstrogènes corrige les troubles climatériques »*[464]. Or, ce dispositif renvoie à une certaine conception du corps et de la santé ainsi qu'à certaines représentations du féminin. Le corps de la science, « dit neutre, posé comme norme, comme étalon, est le produit d'un ensemble de choix » (Détrez et Simon, 2006, p. 200) : ici, il s'incarne dans celui d'une femme féconde. La thérapie par hormones de substitution, en effet, « s'inscrit au cœur d'une représentation dualiste et qualitative du normal et du pathologique qui sont pensés, vécus et agis non plus comme un continuum fait de

[463] Clara Pelissier-Langbort, *Guide pratique de gynécologie,* Paris, Masson, 2001, p. 121
[464] Henri-Jean Philippe (coord.), *Gynécologie obstétrique*, *op. cit.,* p. 76

gradation, mais comme deux états hétérogènes » (Laplantine, 1986, p. 228). La ménopause y est pensée comme altérité à partir d'un « diagnostic de déviance » (Freidson, 1984, p. 246). Ce qui est construit comme déviance sont des « troubles » qu'il s'agit de « gommer » et « corriger », comme l'indiquent les traités de gynécologie. Ce processus repose sur une entreprise de normalisation des corps. L'hormonothérapie constitue, en effet, un processus qui façonne le corps ménopausé : elle vise à stabiliser certaines manifestations corporelles (bouffées de chaleur), à en créer (advenue de menstruations factices) et à en annuler d'autres (vieillissement de la peau, épaississement du corps). Le THS réduit les zones d'incontrôle, aplanit les différences, efface les scories et opère une annulation des transformations. Il constitue un dispositif technique qui joue sur le corps féminin et le maintient au sein des codes normatifs de la féminité : le corps de la ménopause se voit ainsi « discipliné » pour utiliser le terme de Michel Foucault. Nous appréhendons l'hormonothérapie comme une pratique au sein de laquelle le corps devient un objet « qu'on manipule, qu'on façonne » (Foucault, 1975, p. 160) afin de perpétuer une performance de genre dans « une composition optimale des attitudes » (*Ibid.,* p. 225)

Le traitement hormonal joue, ainsi, sur la norme de la féminité propre à notre contexte social. Il permet, par exemple, de continuer à saigner tous les mois. Dans les propos des femmes, ces menstruations factices opèrent comme une sorte d'effacement de la ménopause :

> *« avec les hormones, il y a des femmes qui n'ont plus la ménopause, parce qu'elles sont prolongées, leurs règles » (Pauline, 55 ans, assistante maternelle)*
> *« il y a des médecins qui proposent aux femmes de faire revenir les règles pour garder l'impression qu'on est une femme comme avant » (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite).*

C'est surtout l'essence de la « femme hormonale » qui se voit réinjecté avec le THS :

> *« quand on prend un traitement hormonal, c'est pour régulariser les hormones qu'on perd » (Sophie, 55 ans, secrétaire).*

Les interviewées qui ont eu recours à un traitement hormonal font part du sentiment que le corps sous hormones constitue un artefact désirable. Dans leurs propos, la ménopause apparaît comme dysfonctionnement. Le THS opère comme réajustement à la norme :

> *« le traitement hormonal, c'est un ajout : le corps ne fabriquait plus d'hormones et on en rapporte, on redonne la possibilité au corps de presque fonctionner comme avant » (Annette, 57 ans, institutrice à la retraite)*
> *« à la ménopause, l'équilibre hormonal est perturbé, complètement modifié, les règles s'arrêtent, le corps se transforme. C'est vraiment physiologique et interne. Alors, on peut lutter, en prenant des hormones et rétablir un équilibre qui fait comme ci. En fait, vous n'avez plus d'hormones, on vous en*

donne, on vous réinjecte, donc c'est comme si vous viviez comme avant » (Rose, 58 ans, bibliothécaire)
« le substitut hormonal, c'est artificiel, mais c'est tout bénèf pour moi, ça veut dire qu'en gros, je reste comme j'étais, je reporte l'échéance de la ménopause » (Maud, 50 ans, juriste).

Grâce au traitement hormonal, ces interviewées restent presque les femmes qu'elles étaient avant la ménopause. Le THS nous semble fonctionner comme un « désidentificateur » (Goffman, 1975, p. 60) pour les femmes, leur procurant concrètement non la fertilité, mais les signes du corps fertile. En ce sens, nous analysons le THS comme outil pour performer le genre, c'est-à-dire un dispositif visant à mettre en scène les attributs associés à la féminité.

Nous intéressant à l'usage de technologies telles que l'hormonothérapie, nous ne souhaitons pas nous situer dans une sorte de « métaphysique antiscience » (Haraway, 2009, p. 321). Souscrivant aux analyses développées par Donna Haraway, nous ne mettons pas en hypostase une naturalité du corps s'inscrivant comme espace « pur » face à des technologies maléfiques. Le concept de cyborg semble, au contraire, rendre pertinemment compte de notre humanité, marquée par l'hybridation des corps : « un organisme cybernétique, un hybride de machine et d'organisme, une créature de la réalité sociale et une créature de fiction » (*Ibid.,* p.268). La science et les techniques font partie de ce que nous sommes. Haraway met en exergue l'ambiguïté qui réside au cœur même de l'usage des sciences et des technologies lesquelles « représentent pour les humains des sources possibles de grande satisfaction, en même temps qu'une matrice de dominations complexes » (*Ibid.,* p. 321). C'est précisément sur la question du pouvoir que nous souhaitons nous arrêter. La question n'est, en effet, pas tant celle de la technologie en tant que telle, que celle de ses effets. En ce sens, ce qui nous intéresse est le fait que le discours médical et ses technologies sont producteurs de rapports sociaux. Dans ce sens, « on peut en partie interpréter les technologies et les discours scientifiques comme des formalisations, ou des moments figés, (…) mais on peut aussi y voir des instruments destinés à imposer des significations » (*Ibid.,* p. 291). Or, ces significations ne sont pas n'importe lesquelles et elles ne s'imposent pas à n'importe qui. Si « l'imagerie cyborg indique un moyen de sortir du dédale des dualismes dans lesquels nous avons puisé pour expliquer nos corps et nos outils » (*Ibid.,* p. 321), il nous semble que la construction sociale et le traitement de la ménopause, incorporés par les femmes, opère comme indice du fait que le temps du cyborg n'est pas advenu. Bien au contraire, se maintiennent « les machines, les identités, les catégories » (*Ibid.*) qui soutiennent le genre. En tant qu'instrument permettant de performer le genre, l'hormonothérapie illustre le fait que la biomédecine

participe de l'absolu des catégories de sexe. Le cyborg reste, à notre sens, une « ressource imaginative » (*Ibid.,* p. 268) à actualiser.

L'expérience de la ménopause se comprend à l'aune de l'incorporation des normes de genre par les femmes. Elle découle de la socialisation du corps féminin construit comme souillé et instable du fait des menstruations, défini à partir de la fertilité par un substrat hormonal, ancré dans la pathologie et le risque à la ménopause. Nous allons voir que, si la ménopause n'est pas l'objet d'un saisissement collectif hors du prisme médical, des formes de résistance individuelle peuvent être mises en évidence chez les femmes rencontrées.

2.3.3 La ménopause, entre dessaisissement et résistances

Le traitement social de la ménopause constitue un dispositif de disqualification des femmes sur leur propre expérience. Leur socialisation est, en effet, marquée par un dessaisissement sur leur expérience. Ce dispositif comprend un niveau individuel et un niveau collectif.

D'une part, comme nous l'avons montré, la socialisation de la ménopause dans le cadre médical organise un dessaisissement du point de vue de la narration individuelle. Nos interviewées font part de leur capacité à lire leur corps et à faire le lien de leur expérience corporelle avec la ménopause, mais elles n'opèrent pas l'acte de se nommer elles-mêmes « ménopausées ». Le médecin seul possède la légitimité de proférer le changement de statut. Le changement de statut à la ménopause repose ainsi sur une forme de dessaisissement des femmes en termes de définition de soi et il aboutit à une catégorisation minorante.

D'autre part, la socialisation de la ménopause dans le cadre et le registre médical participe d'un dessaisissement du point de vue de la narration collective. Alors que depuis *Our bodies, Ourselves* (1971), le mouvement féministe américain a proposé un discours et des pratiques alternatives à la médicalisation du corps féminin, aucune prise en charge collective de la question de la ménopause hors du cadre médical ne s'est faite jour en France (Löwy et Gaudillière, 2004). Aujourd'hui, le traitement social de la ménopause en France est univoque : ancré dans le cadre médical, il « ne laisse pas de place à la mise en question des hiérarchies professionnelles ou à l'élaboration collective d'un savoir par les femmes. Une telle élaboration collective est jugée inutile voire dangereuse, y compris par de nombreux médecins » (Löwy, 2005, p.104). Aux États-Unis, le mouvement pour la santé des femmes

s'est, au contraire, élevé contre une profession médicale masculine et a revendiqué le droit des femmes à être actrices de leur santé. Partant du constat que leurs expériences contredisaient souvent le « ''savoir officiel'' des médecins, (les féministes) arrivèrent à la conclusion que ces derniers ne doivent pas être la seule source autorisée de connaissance sur leur corps » (Löwy, 2005, p. 105). Développant un savoir et des pratiques alternatifs, le mouvement féministe américain a, en outre, joué un rôle majeur dans la critique du THS, en s'élevant contre sa diffusion du fait de risques de cancers pour les femmes sous traitement. L'étude Women Health Initiative (WHI) visait à répondre à ces accusations. Après la publication de ses résultats, qui prouvaient la corrélation entre THS et hausse de cancers (2002), les prescriptions de THS ont chuté de plus de 50 % aux USA, contre 19 % en France (Löwy et Gaudillière, 2004). L'existence d'un discours alternatif au discours médical sur la question de la ménopause engage donc le rapport de force entre les différents acteurs sociaux qui prennent en charge cette question. En ce sens, la ménopause est une question politique : elle engage la cité et ses acteurs.

Si aucune alternative collective face au discours médical n'existe en France, des résistances traversent, toutefois, les propos et les pratiques des femmes rencontrées. Ces résistances prennent la forme d'une mise à distance des représentations associées à la ménopause, à travers une dénonciation du dispositif rhétorique qui construit la ménopause et une déconstruction des catégories d'assignation.

Parmi les femmes rencontrées, les résistances prennent, d'une part, la forme de revendications du point de vue du langage. La grande majorité opère, en effet, une dénonciation du dispositif rhétorique qui construit la ménopause. Elles s'élèvent contre une rhétorique qui les définit à l'aune de la fécondité et ancre les femmes dans une perte de féminité à partir de la ménopause :

> *« le mot ''ménopausé'' est porteur d'un contenu très négatif, mais la femme n'existe pas que par rapport au fait de pouvoir avoir des enfants ! Déjà, c'est un choix et une période de sa vie, mais c'est pas pour autant qu'elle n'existe pas au travers d'autres catégories de sa vie, dans son boulot ou autrement. C'est très réducteur de considérer que, parce qu'elle est ménopausée, voilà, ce n'est plus une femme ! Il faut le dire ! » (Inès, 59 ans, agent immobilier)*
> *« avec la ménopause, on nous placarde. C'est la non-considération sociale. Les femmes sont toujours représentées, dans les pubs, comme belles, séduisantes, 30 ans max et la ménopause, ça vient en négatif total de ça. Il y a la vision de la femme désirable avant la ménopause et après, c'est la ménagère de 50 ans ! C'est totalement insupportable ! » (Julie, 54 ans, urbaniste).*

Elles dénoncent le processus de catégorisation dont elles sont l'objet et se revendiquent en tant que femmes et non « femmes ménopausées » :

> *« j'ai pas l'impression de ne plus être une femme. Même ménopausée, je me sens autant une femme pour autant. Je me sens comme toutes les femmes se sentent » (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite)*
> *« on a seriné aux femmes qu'être femme, c'est être mère, et être mère, c'est être femme. Mais la maternité n'a rien à voir avec le fait d'être femme ! Et la ménopause n'a rien à voir avec le fait d'être moins une femme ! C'est des mots » (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition).*

Ces interviewées opèrent, ainsi, un déplacement dans la définition de la féminité dont la fécondité ne doit plus constituer le principe.

Les résistances des femmes rencontrées passent, d'autre part, par une mise à distance de la vulgate médicale, reprise dans le discours médiatique. Si nous soutenons que la socialisation des femmes à la ménopause passe par l'information diffusée par les médias sur cette question, laquelle donne forme à l'univers de la ménopause, nous nous dégageons d'une analyse figée de la relation émetteur-récepteur. Comme de Certeau le souligne, en effet, au sujet de cette relation, « on suppose qu' ''assimiler'' signifie nécessairement ''devenir semblable'' ce qu'on absorbe, et non le '' rendre semblable'' à ce qu'on est, le faire sien, se l'approprier ou réapproprier » (de Certeau, 1980, p. 280). Les femmes ne sont pas des écrans d'enregistrement passifs face au discours des médias : l'interaction entre émetteur et récepteur est de l'ordre du jeu. Ainsi, si ces discours s'avèrent entendus et présents dans leurs représentations, les femmes n'en sont pas les réceptacles passifs. Au contraire, ces discours provoquent chez elles une réaction. Ainsi, dans les expériences et les propos des interviewées apparaît « l'activité silencieuse, transgressive, ironique ou poétique, de lecteurs (ou téléspectateurs) qui conservent leur quant-à-soi » (de Certeau, 1980, pp. 289-290). Celles-ci, loin d'être les réceptrices passives d'un discours légitimé en opèrent une mise à distance. Vis-à-vis des médias, leurs pratiques s'apparentent généralement à un butinage :

> *« oui, si je tombais sur un article sur la ménopause dans le journal, je le regardais, mais sans plus » (Claude, 65 ans, cadre commerciale à la retraite)*
> *« on lit des trucs, dans des magazines comme Top Santé qu'on lit dans les salles d'attentes ou dans la salle de pause au boulot, mais j'ai jamais acheté des magazines sinon » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire).*

Nos interviewées voient dans le discours médiatique au sujet de la ménopause un espace sous-tendu par des représentations tout à la fois erronées et dépréciatives. Elles en soulignent la dimension caricaturale :

« ce qu'il y a sur la ménopause dans les magazines, c'est vraiment trop tiré par les cheveux » (Odette, 49 ans, gérante de société)
« ce qu'on peut lire dans les magazines féminins, c'est souvent des cas un peu lourds. Ce qui transparaît à travers la presse est biaisé » (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition).

Un phénomène de généralisation leur semble sous-tendre largement les énoncés :

« si on se pose une question, c'est sur nous, donc faut pas aller chercher dans un magazine où on ne trouvera pas la réponse » (Virginie, 46 ans, coordinatrice de l'animation dans une école)
« ce qu'il y a dans les magazines, on s'y retrouve pas, parce que c'est trop général, alors que la ménopause est différente d'une femme à l'autre, dans le temps, dans l'âge, par rapport à ses antécédents, à sa propre histoire » (Odette, 49 ans, gérante de société).

Elles soulignent, en outre, une image délétère de la ménopause :

« la mauvaise image de la ménopause, ça je le ressens quand je lis ce type de magazines féminins, avec des articles qui dramatisent, ou des émissions télé pareil » (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition)
« tu lis dans les journaux, tous les inconvénients qui sont liés à la ménopause, sur le corps, les transformations, les problèmes. Si tu regardes vraiment, tu te tires une balle dans la tête tout de suite ! » (Inès, 59 ans, agent immobilier).

Certaines interviewées font, enfin, part du sentiment d'être l'objet d'une catégorisation fantasmagorique :

« ce qu'on lit dans les magazines, c'est complètement disproportionné et ça fait peur même » (Maud, 50 ans, juriste)
« à lire les magazines, on a l'impression qu'on va devenir un monstre à la ménopause » (Virginie, 46 ans, coordinatrice de l'animation dans une école).

Il apparaît bien que, pour nos interviewées, l'information diffusée par les médias au sujet de la ménopause n'a rien de neutre : elles soulignent la pathologisation dont la ménopause est l'objet tout en étant conscientes des effets anxiogènes de ce discours. Aussi, pour elles, le discours médiatique constitue bien « une source d'insécurité » (Massé et Légaré, 2001, p. 52, notre traduction).

La mise à distance de la vulgate médicale opérée par ces interviewées relève de la déconstruction individuelle de catégories d'assignation. Elle s'ancre dans la reconnaissance d'un discours de domination à leur égard et une prise de distance vis-à-vis de stéréotypes minorants. Pour autant, si l'expérience de la ménopause est émaillée de résistances au discours médical, sa définition s'ancre dans une hétéronomie qui participe de l'inexistence d'élaboration alternative au prisme médical. Les résistances et revendications des femmes

nous semblent à analyser en tant que signe de l'incorporation des catégories par celui qui se sait stigmatisé car « les critères que la société lui a fait intérioriser sont autant d'instruments qui le rendent intimement sensible à ce que les autres voient comme sa déficience » (Goffman, 1975, pp. 17-18). Ceci transparaît particulièrement dans leur usage récurrent de l'humour pour évoquer la ménopause, comme nous allons le voir maintenant.

2.4 « Mine de rien » : l'usage de l'humour à la ménopause comme signe de l'incorporation du stigmate

Du point de vue du langage, si la ménopause s'énonce dans les interactions de nos interviewées par le prisme du symptôme, elles utilisent également à son endroit un autre registre, qui en véhicule un sens particulier : l'humour.

Dans les entretiens que nous avons menés, nous avons remarqué, d'une part, que le fait d'évoquer la ménopause sur le ton de l'humour est un moyen pour elles de faire passer du sens :

> *« Cécile : dis moi, une femme ménopausée…*
> *Hélène : (elle me coupe la parole) donc une vieille ! (rire) Non, je rigole ! (sourire).... »*
> *« ah c'est sûr, je ne suis plus aussi jeune qu'avant ! (rire)» (Inès, 59 ans, agent immobilier)*
> *« bah, la ménopause, c'est le début du troisième âge ! Non, je rigole ! » (Odette, 49 ans, gérante de société).*

Ce qui est en jeu ici pour ces interviewées, comme pour l'individu objet d'un stigmate, est le fait de « ''briser la glace'', en montrant, par la façon qu'il a de parler ouvertement de son état, qu'il sait s'en détacher pour mieux s'en accommoder. Il n'est d'ailleurs pas mauvais d'adopter le ton de la plaisanterie » (Goffman, 1975, p. 19)

D'autre part, nos interviewées indiquent utiliser elles-mêmes le registre de l'humour lorsqu'elles évoquent la question de la ménopause dans la vie courante. Le recours à ce registre leur permet, tout d'abord, d'évoquer le sujet en tant que tel. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre les propos d'Hélène : *« j'ai une amie, c'est pareil que moi, ça se passe bien la ménopause et on n'en parle pas spécialement. On s'envoie des blagues sur la ménopause,*

c'est sur internet, il y a des blagues drôles ! C'est des blagues, des petites bandes-dessinées, des petits trucs marrants » (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition).

L'usage de l'humour permet, ensuite, d'évoquer l'expérience et la place des femmes ménopausées, et, de ce fait, la leur :

> *« avec les copines, quand il y en a une qui dit ''tiens ça y est, j'ai des bouffées de chaleur'', nous on lui dit '' bienvenue au club !'' Donc on en parle juste comme ça, en rigolant» (Lisette, 57 ans, sans profession)*
> *« à l'aviron, j'ai une boutade comme ça, je dis ''laisse-moi tranquille, je suis ménopausée ! Viens pas m'embêter ! Viens pas me chercher !'', comme ça en rigolant, ça fait rire ! C'est parce qu'on dit que les femmes ménopausées sont de mauvaise humeur, alors je dis ça sous l'angle de l'humour » (Dinah, 58 ans, avocate)*
> *« souvent pour rire entre nous, les copines, on dit ''ouh, tu es vieille, tu as la ménopause !'', ''ouh, t'es ménopausée maintenant'' ! Donc on rigole » (Évelyne, 59 ans, sans profession).*

En faisant usage du registre humoristique, l'individu « dissimule sous le badinage la gravité de la situation abordée mais réalise son but de partager un souci avec les autres tout en quêtant leur conseil ou leur expérience » (Le Breton, 1995, p. 156). Sous le rire, il y a partage d'une expérience commune. Toutefois, il ne s'agit pas de n'importe quel type de partage, mais de celui qui permet de « bouleverser l'ordre du monde par une seconde, si brève soit-elle, d'hilarité » (Duvignaud, 1985, p. 13). Dès lors, il s'agit bien d'un moment de rupture au sein des manières communes de faire au sujet de la ménopause, qui se résument, sinon, largement au silence. Ainsi, l'usage du registre de l'humour n'est pas anodin : il souligne, tout à la fois l'importance du sujet abordé et le malaise qu'il provoque. En effet, si l'on s'intéresse à l'usage de l'humour, on constate qu'il s'applique à des sujets ou des circonstances particuliers, qu'il s'agit de marquer d'une certaine tonalité, elle-même largement codée. Le registre humoristique constitue « une manière culturelle de désarmer l'équivoque ou d'aborder, par allusion, des sujets interdits ou délicats. Grâce à son recours, on peut suggérer dans une conversation courante des aspects de l'existence tenus pour indiscrets. L'humour lève rituellement les réticences et permet d'aborder les sujets les plus égrillards ou les plus douteux » (Le Breton, 2003, p. 135). Le fait que nos interviewées fassent usage d'humour nous éclaire sur deux points. D'une part, le recours à ce registre suppose, pour les individus en présence, le partage de références culturelles au sujet de la ménopause. Il implique l'implicite et la connivence, lesquels permettent l'accord tacite et unanime des personnes en présence pour faire de la ménopause un sujet de plaisanterie. Il y a bien partage d'un système de pensée au sujet de la ménopause qui repose sur un univers de signification partagé. D'autre part, l'usage de l'humour suppose que la question de la ménopause a besoin d'être énoncée sur un

registre particulier pour être déchargée du malaise qu'elle provoque. Ainsi, les assertions et histoires drôles sur la ménopause, « l'humour les rend inoffensives, tout en délivrant malgré tout le bénéfice de leur contenu » (Le Breton, 2003, p. 135). L'humour opère tout à la fois l'énonciation d'un fait ou d'un affect et il permet d'en désamorcer « la tension due à l'embarras ou à la cause de celui-ci » (Goffman, 1974, pp. 99-100, note 10). Sous le registre badin, quelque chose se dit, qui ne pourrait s'énoncer autrement sans garder un caractère inoffensif. Il y a donc jeu du langage afin que puisse s'énoncer une certaine réalité jugée potentiellement perturbatrice.

L'usage de l'humour par les femmes elles-mêmes à l'endroit de la ménopause est le signe de l'incorporation des normes du système de genre : hors du symptôme et du rire, il n'y a pas de place pour un autre discours partagé sur la question de la ménopause.

Conclusion du quatrième chapitre

Dans ce chapitre, nous avons cherché à comprendre comment on devient ménopausée dans notre contexte social. La ménopause nous est apparue comme un processus d'apprentissage, informé par des normes de genre et un usage spécifique du corps des femmes. Cette analyse a ainsi permis de « dénaturaliser » la ménopause en éclairant la socialisation dont elle est le fruit et les interactions où s'en réalise l'apprentissage. Si l'on souhaite saisir le processus vécu par les femmes à la ménopause, la « débiologisation » de la ménopause est importante car elle permet d'élargir le spectre chronologique de cette expérience. Celle-ci constitue un processus s'élaborant de la ménopause sociale à la ménopause physiologique, caractérisé par un apprentissage et une socialisation, opérant comme « une série d'impératifs et de figurations que les femmes entérinent » (Détrez et Simon, 2006, p. 15). Au cours de cet apprentissage et de cette socialisation, le genre est en jeu puisque s'y joue une éducation fondée sur le primat du biologique, une essentialisation de la féminité et l'assignation des femmes à des perceptions et des pratiques ancrées dans des catégories construites comme féminines. Sans oblitérer l'agentivité des femmes, ni homogénéiser leur expérience, ce chapitre souhaitait ainsi rendre compte d'un substrat de représentations et d'expériences commun aux femmes rencontrées.

Si « le genre est toujours un faire » (Butler, 2006, p. 96), l'apprentissage et la socialisation d'un moindre corps en jeu dans l'expérience de la ménopause en constitue l'actualisation. Ces processus constituent, en effet, une éducation des femmes développant chez elles des représentations, une lecture et des techniques de traitement spécifiques du corps. Si toutes les femmes rencontrées ont appris à être ménopausées à partir de représentations et de normes qui nourrissent une culture de la ménopause propre à notre contexte social, leurs expériences n'en sont pas moins hétérogènes. Le prochain chapitre est ainsi consacré aux différentes trajectoires de ménopause qui peuvent être mises en évidence parmi les femmes rencontrées.

CHAPITRE V. TRAJECTOIRES DE MÉNOPAUSE

Introduction

On ne devient pas ménopausée du jour au lendemain. De la ménopause sociale à la ménopause physiologique, les expériences des femmes sont caractérisées par la temporalité. Pour comprendre ces expériences, nous proposons maintenant d'en réaliser une analyse chronologique, prenant en compte leur inscription temporelle et leur logique processuelle. La ménopause ne constitue, en effet, pas un évènement que les individus vivraient de manière univoque, mais un processus ancré dans la durée, marqué par des épisodes, façonné par différents acteurs et interactions. Cette appréhension de la ménopause éclaire les différentes perceptions qu'elle peut engager pour un même individu au fil du temps. Elle permet de mettre en évidence le fait que l'expérience de la ménopause est le fruit de rapports sociaux, d'interactions et de représentations, c'est-à-dire de « l'intersection de dimensions multiples » (Crenshaw, 2005, p. 80). Ce faisant, nous nous écartons des analyses de Delanoë et Thoër-Fabre qui soutiennent que la ménopause est vécue par certaines femmes « comme un non-évènement » (Delanoë, 2001 ; Thoër-Fabre, 2005). Nous nous éloignons également d'une typologie statique des représentations de la ménopause, analysées, par exemple, sur un continuum allant d'un pôle négatif à un pôle positif (Delanoë, 2001), laquelle ne permet pas de saisir le caractère processuel, dialectique et labile de cette expérience.

Dans ce chapitre, nous reviendrons, tout d'abord, sur la pertinence de l'analyse processuelle de la ménopause. Deux notions, présentées en préambule, vont nous permettre de développer cette analyse : celle de « trajectoire » (Strauss, 1992a), outil opérant pour rendre compte du caractère dynamique de la ménopause, et celle de « construction sociale de la réalité » (Berger et Luckmann, 2006), permettant de penser la dialectique au cœur de cette expérience. Une fois ces deux notions précisées, nous aborderons la question de la logique processuelle à l'œuvre dans l'expérience de la ménopause, à partir de l'analyse des constructions narratives des récits de nos interviewées. Nous dégagerons, ensuite, les quatre facteurs qui participent de la construction de la réalité subjective au cours des trajectoires des femmes à la ménopause, touchant aux représentations des femmes et à leur place au sein d'interactions-clés lors de la trajectoire de ménopause : les normes d'âge en termes de fécondité, les représentations associées par les femmes aux manifestations corporelles,

l'interaction avec le médecin et l'interaction avec le partenaire. L'analyse de ces facteurs influençant la trajectoire de ménopause nous permettra, enfin, de mettre en évidence plusieurs types de trajectoires chez les femmes rencontrées.

1. De la « trajectoire » comme concept opératoire dans le cadre de l'analyse de l'expérience de la ménopause

1.1 Retour sur le concept de trajectoire

Nous analysons l'expérience de la ménopause comme une « trajectoire » (Strauss, 1992a). Cette notion s'applique avec pertinence à la question de la ménopause en ce qu'elle permet « d'ordonner de manière analytique l'immense variété des évènements qui entrent en jeu » (Strauss, 1992a, p. 144) lors de cette expérience. Comme nous le verrons, en effet, la trajectoire de la ménopause comprend différentes séquences et mobilise différents acteurs. Plus précisément, la notion de trajectoire « renvoie au cours d'un phénomène et à l'action entreprise dans la durée pour en gérer le déroulement, le traiter et le mettre en forme (…). L'ensemble d'actions liées à une trajectoire engage de multiples acteurs, chacun ayant sa propre image du déroulement du phénomène et sa propre vision de l'action nécessaire pour le mettre en forme et le gérer. Ces représentations et ces visions sont, pour une part, constitutives des positions que les acteurs prennent sur l'action. Ces positions doivent être harmonisées par une série d'interactions tant avec soi-même qu'avec les autres. Leur alignement, leur harmonisation nécessaire et l'exécution de l'action (les performances) sont compliqués par une grande variété de conditions proches ou lointaines. Ces conditions doivent, d'une manière ou d'une autre, être manipulées et traitées pour que se poursuive le déroulement de la trajectoire. L'action entreprise a des conséquences directes sur le phénomène étudié » (Corbin, cité par Baszanger *in* Strauss 1992a, pp. 36-37). L'expérience de la ménopause est, en effet, marquée par une logique temporelle, par la survenue de manifestations corporelles, par une activité des femmes, ainsi que par les interactions avec les acteurs-clés que sont le médecin et l'autrui significatif. Penser la ménopause par le prisme de la trajectoire permet de l'appréhender comme une expérience qui implique une construction et un travail des acteurs mettant en jeu « des séquences d'interactions dans le temps » (Strauss, 1992a, p. 40). En outre, cette définition nous donne à voir la trajectoire de ménopause comme une « interaction entre contrôle et contingence » (Strauss, 1992a, p. 161), puisqu'elle met en jeu une grande variété d'évènements physiologiques et biographiques, qu'il s'agit pour les

femmes de prendre en main « de la meilleure manière possible, même si le contrôle de trajectoire reste loin d'être complet » (Strauss, 1992a, p. 161).

Par « trajectoire de ménopause », nous entendons la séquence allant de la ménopause sociale à la résolution de la ménopause physiologique. Elle comprend la ménopause sociale, le développement physiologique de la ménopause et sa résolution, ainsi que « toute l'organisation du travail » (Strauss, 1992a, p. 143) déployée au cours de cette trajectoire par les femmes et les interactants déterminants lors de cette expérience : médecin et autrui significatif, lesquels représentent pour l'individu les personnes qui « constituent ses références » (Strauss, 1992b, p. 139). « Etant donné que les trajectoires s'étendent dans le temps, elles comportent des phases » (Strauss, 1992a, p. 176) et pour nos interviewées, la trajectoire de ménopause est, en effet, marquée par des phases qui constituent une forme d'itinéraire : l'advenue de la ménopause physiologique, l'émergence de manifestations corporelles, la consultation chez le médecin, le partage de l'expérience avec l'autrui significatif, la persistance ou la cessation des manifestations corporelles. La trajectoire de ménopause passe, ainsi, par un « arc de travail » (Strauss, 1992a, p. 176) déployé par les femmes lors de cet itinéraire, c'est-à-dire « l'ensemble du travail qui aura besoin d'être fait pour maîtriser » (Strauss, 1992a, p. 176) le cours de la ménopause lors des épisodes et interactions déterminantes.

Afin de penser la dialectique au cœur de la trajectoire de ménopause, nous envisageons l'expérience des femmes à partir de la notion de réalité humaine comme « réalité construite » (Berger et Luckmann, 2006, p. 304). Ceci permet de saisir la dialectique qui préside à l'expérience de la ménopause et de poser l'identité en tant qu'elle est « formée par des processus sociaux (…), conservée, modifiée, ou même reformée par des relations sociales » (Berger et Luckmann, 2006, p. 284). Partant de l'idée que « la vie quotidienne se présente elle-même comme une réalité interprétée par les hommes et possédant pour ces derniers un sens de manière subjective, en tant que monde cohérent » (Berger et Luckmann, 2006, p. 70), nous analysons l'expérience de la ménopause au prisme de la cohérence du monde de l'individu lors de ce processus. La réalité subjective constitue le monde subjectif de chaque femme nourri de représentations. Nous nous intéressons donc au processus « qui construit, maintient et modifie une réalité consistante qui peut significativement être vécue par les individus » (Berger et Kellner, *in* Berger et Luckmann, 2006, p. 308) lors de la ménopause.

Nous allons éclairer la manière dont la trajectoire de ménopause est déterminée par « la confirmation ou l'infirmation de la réalité subjective » (Berger et Luckmann, 2006, p. 254) au

cours de ce processus. Par confirmation et infirmation de la réalité, nous entendons la validation ou la déstabilisation des normes, des représentations et, ce faisant, de l'identité. Comme nous le verrons, le processus de confirmation, de déstabilisation et d'infirmation de la réalité subjective des femmes à la ménopause est influencé par plusieurs facteurs, qui prennent la forme d'épisodes et d'interactions mettant en jeu leurs normes, leurs représentations et leurs significations. Ces épisodes mettent en scène des acteurs spécifiques. Si « certaines validations sont plus significatives que d'autres » (Berger et Kellner, *in* Berger et Luckmann, 2006, p. 310), deux types d'acteurs constituent des références de validation dans la trajectoire des femmes à la ménopause : le médecin et l'autrui significatif. Est en jeu lors des interactions avec ces acteurs le partage de l'« univers de signification » (Berger et Luckmann, 2006, p. 179) qui préside à la confirmation de la réalité subjective. Les épisodes d'infirmation de la réalité, moments critiques, sont marqués par « des décalages (surprise, choc, chagrin, anxiété, tension, frustration, remise en question) » (Strauss, 1992b, p. 99). Dans les propos des femmes, ces épisodes apparaissent comme des « moments ''à marquer d'une pierre blanche'' » (Strauss, 1992b, p. 100). Les décalages provoqués par ces moments critiques entraînent, *a minima*, une déstabilisation de la réalité et « face à ces déviances ou ces situations problématiques, se déclenche un ensemble de procédures spécifiques de maintenance de l'univers symbolique » (Martuccelli, *in* Berger et Luckmann, 2006, p. 34). Dans un contexte de déstabilisation, l'individu peut ainsi mettre en œuvre sa capacité d'agir et ses ressources afin de créer de nouveaux contextes de signification. Il fait alors jouer sa « faculté créatrice de redéfinir le monde qui l'entoure en fonction des possibilités qu'il renferme » (Goffman, 1974, p. 178). Lorsque les moments critiques ne sont, au contraire, pas l'objet d'un travail « maintenance de la réalité » (Berger et Luckmann, 2006, p. 254), nous observons une infirmation de celle-ci. Nous nous intéresserons particulièrement à « ces moments de problématisation des significations, lorsque les routines et (…) plus largement le sens commun, s'avèrent insuffisants pour réintégrer et absorber des ''sauts'' ou des ''ruptures'' dans les habitudes quotidiennes » (Martuccelli, *in* Berger et Luckmann, 2006, p. 34).

Socialisée de manière minorante, lieu d'un apprentissage marqué par le genre, la ménopause est un processus traversé par différents épisodes qui sont autant d'occasion de confirmation ou de déstabilisation de la réalité subjective tout au long de cette trajectoire. Nous allons maintenant mettre en évidence la logique processuelle à l'œuvre dans l'expérience de la ménopause physiologique, sous-tendue par une dynamique temporelle.

1.2 La trajectoire de ménopause physiologique : de son avènement à son terme, une logique processuelle

Appréhender la ménopause comme une trajectoire permet de rendre compte de la durée de cette expérience. La durée transparaît dans les récits de nos interviewées qui sont sous-tendus par une logique processuelle. Nous appréhendons leur récit comme « une forme par laquelle l'expérience est représentée et transmise, par laquelle les évènements sont donnés comme ayant un ordre cohérent et significatif, par laquelle l'action et les faits sont décrits parallèlement au vécu qui leur est associé et à ce qui leur donne un sens pour les personnes impliquées » (Good, 1998, pp. 289-290). La dynamique temporelle de l'expérience de la ménopause se révèle par l'usage que font les interviewées d'un récit ordonné dans le temps, comme nous le verrons tout d'abord. Elle nous est également retransmise comme le résultat d'une conversation intérieure qui éclaire des évènements signifiants. Nous verrons, enfin, que la ménopause est vécue par les femmes comme un processus dynamique ayant un commencement et un terme.

1.2.1 La construction narrative de la trajectoire de ménopause

Dans son enquête auprès de personnes sujettes à des crises d'épilepsie, Good décrit ainsi « la construction narrative du vécu de la maladie » (Good, 1998, p. 284) : « nous ont été contés l'apparition soudaine et traumatisantes des crises ou évanouissements, les épisodes particulièrement dramatiques ou pertes de connaissances prolongées, les années au cours desquelles les malades et leur entourage se sont mobilisés en vue d'une guérison, certaines interactions mémorables entre médecin et guérisseurs, l'expérience vécue dans le travail ou avec les amis » (Good, 1998, pp. 283-284). Dans un sens proche, l'expérience de la ménopause nous est transmise par les interviewées selon une construction narrative qui est marquée par la durée. Pour les femmes rencontrées, l'expérience de la ménopause est sous-tendue par une logique processuelle, laquelle implique un commencement, un déroulement et un terme. La ménopause apparaît bien comme « un processus temporel » (Kaufert, 1988, p. 333 notre traduction) marqué par des séquences.

Dans leurs propos, la dynamique temporelle de l'expérience de la ménopause se révèle, d'une part, à leur usage d'adverbes et de verbes spécifiques qui indiquent la scansion de

l'expérience. Il s'agit, tout d'abord, d'adverbes de temps, qui ordonnent les propos de manière chronologique ou par épisode, tels « au début », « d'abord », « au milieu », « et puis », « finalement » :

> *« au début on ne l'admet pas trop, ça nous tombe dessus, on ne sait pas trop, on se dit ''déjà ?'' et puis, au niveau du médecin quand on nous dit que tout est normal, on finit par avoir une prise de conscience » (Virginie, 46 ans, coordinatrice de l'animation dans une école)*
> *« le coup physique de la ménopause, ça l'a été au début, parce que c'est vrai qu'on a de la fatigue et maintenant, plus les années passent, plus j'ai envie de sortir, de bouger. J'ai même un peu plus la pêche par moments qu'au début » (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite).*

Nos interviewées ont, également, recours à des verbes marquant un processus : *commencer, passer, finir.* Leurs propos illustrent le processus à l'œuvre et la prévalence d'une dynamique :

> *« moi, la ménopause, ça a commencé par les bouffées de chaleur, j'avais chaud, j'avais froid et puis après ça a été la prise de poids » (Sophie, 55 ans, secrétaire)*
> *« j'ai été ménopausée définitivement à 55 ans, mais ça avait commencé trois ans avant » (Joséph a, 62 ans, assistante de direction à la retraite)*
> *« la ménopause, je l'ai relativement bien passée » (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite).*

Les récits sont marqués par la dimension temporelle de l'expérience de la ménopause :

> *« la ménopause, ça vous prend pas par surprise, comme ça, en un jour, ''ah, ça y est'' ! Non, ça prend quand même un ou deux ans, il faut que tout s'installe » (Joséph a, 62 ans, assistante de direction à la retraite)*
> *« la période qui concerne la ménopause, ça fait disons, 5,6 ans » (Sophie, 55 ans, secrétaire)*
> *« la ménopause, ça s'étale sur longtemps, sur un certain nombre d'années » (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite).*

La logique processuelle se révèle, ensuite, à l'usage fréquent du verbe « accepter » : il s'agit, pour de nombreuses interviewées, « d'accepter » la ménopause physiologique. Or, ce verbe implique un processus : reconnaître un fait tout d'abord, en prendre acte ensuite, puis déterminer la manière dont on va y réagir, décider de l'accepter enfin. En faisant usage de la notion d'acceptation, les femmes indiquent que cette expérience est sous-tendue par un travail qui s'inscrit dans la durée :

> *« quand on a enfin compris ce que c'était la ménopause, on arrête de se poser des questions et on accepte » (Maud, 50 ans, juriste)*
> *« ce qu'il y aussi, c'est l'acceptation : à partir du moment qu'on accepte les choses, ça va nettement mieux. Mais l'acceptation, c'est pas du jour au lendemain ! Ça prend du temps » (Léa, 52 ans, chargée de paie)*

« une fois qu'on se le dit dans la tête, on se l'accepte, on se dit ''bon voilà c'est comme ça, la ménopause c'est la vie, c'est normal'' » (Monique, 57 ans, vendeuse)
« quand on voit que tout est normal, on est forcément rassuré, et puis on voit que c'est comme ça et il faut bien l'accepter » (Virginie, 46 ans, coordinatrice de l'animation dans une école).

Sur ce point, et sans toutefois associer la ménopause à une maladie, remarquons qu'Herzlich évoque la dimension temporelle qui sous-tend la notion d'acceptation dans la conception de la « maladie-métier » (Herzlich, 1984, p. 158). Elle relève ainsi que pour certains malades : « ''accepter'' sa maladie, son accident, c'est aussi accepter le laps de temps qu'ils occupent dans la vie (…), la maladie est ''un moment à passer'' qu'il faut envisager comme tel » (Herzlich, 1984, p. 158). Dans un sens proche, la ménopause apparaît ainsi comme un processus qui participe de soi pendant un certain temps et avec lequel il faut vivre.

La dynamique temporelle et les épisodes qui scandent la ménopause se font également jour en ce que les femmes soulignent le dialogue qu'elles ont poursuivi avec elles-mêmes lors cette l'expérience avec l'usage de l'expression *« je me suis dit ».* Dans leurs propos, cette conversation intérieure est rapportée de manière récurrente :

« quand j'ai vu que j'avais de moins en moins mes règles, je me suis dit ''ça y est, je vais être ménopausée'' » (Évelyne, 59 ans, sans profession)
« ne plus avoir mes règles, là, je me suis dit ''ça doit être la ménopause qui commence'' sans en être sûre » (Léa, 52 ans, chargée de paie)
« les bouffées de chaleur, à un moment, je me suis dit ''je ne vais pas continuer, il faut que ça cesse''» (Claude, 65 ans, cadre commerciale à la retraite).

La conversation intérieure illustre le processus à l'œuvre. Ce type d'énoncés constitue une mise en ordre tout autant qu'il éclaire des moments saillants dans le cours de la trajectoire, lesquels fonctionnent comme séquences de significations. Ainsi, les récits de nos interviewées mettent au jour la logique processuelle qui sous-tend la ménopause. Loin d'être un évènement ou un « non-évènement » comme le soutiennent Delanoë et Thoër-Fabre, la ménopause constitue bien une trajectoire. Nous allons voir maintenant que cette trajectoire est caractérisée par un avènement et un terme.

1.2.2 De son avènement à son terme : la trajectoire de ménopause physiologique

Pour les femmes rencontrées, la ménopause est un processus qui a un commencement, un déroulement et un terme. Soulignons, tout d'abord, que la ménopause est perçue comme un passage entre deux états. Elle est appréhendée comme un entredeux :

> *« c'est un moment charnière, il y a l'avant et l'après » (Josépha, 62 ans, assistante de direction à la retraite)*
> *« c'est un passage entre un âge et un autre, l'âge où vous pouvez faire des enfants, vous avez des cycles, et un âge où c'est terminé. Donc c'est deux états différents » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique).*

L'avènement de ce passage est marqué par la cessation des menstruations et l'apparition de manifestations corporelles :

> *« la ménopause, c'est l'étape du corps qui se transforme, il nous manque plein de choses importantes, le fait de ne plus avoir d'œstrogènes, le corps change, il y a des désagréments dus à ça » (Lisette, 57 ans, sans profession)*
> *« la ménopause c'est le moment où on a un changement de métabolisme, ça vient avec les bouffées de chaleur » (Monique, 57 ans, vendeuse)*
> *« il y a d'abord la période où on ressent tout un tas de troubles désagréables, les bouffées de chaleur, les douleurs articulaires » (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite).*

Pour les femmes qui n'éprouvent aucune manifestation vécue sur le mode de la gêne, la cessation des règles opère comme indice de l'avènement du processus :

> *« pour moi, c'est un passage, comme les règles c'est un passage. Donc quand les règles s'arrêtent, c'est un passage très délicat, subtil, vers une autre forme de vie effectivement » (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition).*

Les propos de nos interviewées illustrent le fait que la ménopause est perçue comme « un processus qui dure le temps que durent ses symptômes » (Kaufert, 1988, p. 333, notre traduction) :

> *« maintenant je peux dire que la ménopause est terminée : j'ai plus du tout de bouffées de chaleur » (Dinah, 58 ans, avocate)*
> *« moi, tant que j'ai ces bouffées de chaleur, j'ai toujours l'impression d'être en plein dedans, que c'est toujours pas fini, la ménopause » (Annette, 57 ans, institutrice à la retraite)*
> *« je sais que la ménopause peut durer longtemps. Ma belle-mère à 68, 69 ans elle avait encore des bouffées de chaleur ! » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique).*

La ménopause constitue une trajectoire qui se clôt avec la résolution des symptômes. Pour de nombreuses interviewées, la résolution du symptôme constitue la « clé de toute la structure de l'histoire » (Good, 1998, p. 302). Elles évoquent ainsi une forme de stabilité retrouvée après une période de désordre :

> *« la ménopause c'est un cap et après ça passe et tout revient dans l'ordre » (Monique, 57 ans, vendeuse)*
> *« au bout d'un moment, la ménopause, c'était une affaire qui était en place, la ménopause s'était faite, mon corps s'était habitué à ce nouveau mode de fonctionnement » (Rose, 58 ans, bibliothécaire)*
> *« il y a tout ce manque d'hormones, et après le corps est au stade zéro au niveau des hormones, donc ça peut pas descendre plus ! Disons que ça se rééquilibre dans la bas de la courbe » (Sophie, 55 ans, secrétaire).*

Pout toutes les femmes, passée la période d'instabilité, un nouvel état prévaut :

> *« la ménopause, c'est un passage et maintenant il y a un état qui est immuable, je serai toujours ménopausée. Dans la ligne du temps physiologique, j'en suis là de ma vie de femme. Maintenant je sais que ça sera toujours comme ça, maintenant ça ne va plus changer » (Patricia, 58 ans, art thérapeute)*
> *« il y a une vie puis une autre vie, donc la ménopause, c'est le milieu et maintenant on rentre dans autre chose » (Pauline, 55 ans, assistante maternelle)*
> *« la ménopause, maintenant j'y suis passée, je me retrouve dans un autre état finalement » (Léa, 52 ans, chargée de paie).*

Si la plupart des femmes rencontrées ont clos leur trajectoire de ménopause, certaines se perçoivent encore en phase de ménopause du fait de la persistance de manifestations corporelles :

> *« la ménopause, ça peut durer 10 ans… Ah, j'ai hâte que ça se termine, ne plus prendre le traitement pour les bouffées de chaleur, j'ai hâte que ça soit terminé » (Annette, 57 ans, institutrice à la retraite).*
> *« moi je croyais que c'était fini, je n'avais plus de bouffées de chaleur, mais comme j'ai eu des saignements, je suis retournée chez le gynéco donc finalement je suis encore en plein dedans » (Léa, 52 ans, chargée de paie)*
> *« tant que j'ai ce souci de bouffées de chaleur, comme elles s'arrêtent pas, il y a tout qui travaille encore » (Mylène, 52 ans, secrétaire).*

Ancrée dans un déroulement temporel, saisie à partir d'un commencement jusqu'à un terme, l'expérience de la ménopause constitue bien un processus. Aussi, la ménopause ne peut se comprendre comme une expérience univoque : elle n'est pas vécue de manière monolithique, mais dynamique. Cette dynamique, nous allons le voir, est influencée par différents facteurs.

2. Les facteurs influençant la trajectoire de ménopause

Quatre facteurs influencent la trajectoire de ménopause qui mène de la ménopause sociale au terme de la ménopause physiologique. La confirmation, la déstabilisation ou l'infirmation de la réalité subjective au cours de la trajectoire dépendent de ces facteurs, lesquels mettent en jeu différentes représentations dans différents systèmes d'interactions.

Le premier facteur influençant la trajectoire de ménopause est le calendrier de fécondité et de stérilité propre à chaque femme, mettant en jeu les normes d'âge en matière de fécondité et le genre. Le deuxième facteur est caractérisé par les représentations associées par les femmes au signe du corps à la ménopause. Nous nous intéresserons, plus particulièrement, aux représentations associées aux bouffées de chaleur. Le troisième facteur est le partage de l'univers de signification avec le médecin. Nous verrons, en effet, que l'interaction avec le médecin joue dans la confirmation ou la déstabilisation de la réalité subjective au cours de la ménopause. La trajectoire de ménopause est, enfin, influencée par un quatrième facteur : le partage de l'univers de signification avec l'autrui significatif. L'expérience de la ménopause est bien le fruit de représentations et d'interactions.

Ces quatre facteurs ne se retrouvent pas tous dans toutes les trajectoires de nos interviewées : quatre femmes rapportent ainsi n'avoir pas éprouvé de bouffées de chaleur et une ne pas avoir eu de partenaire pendant la période de la ménopause. Aussi, un facteur peut ne pas avoir été en jeu au cours de la trajectoire de certaines femmes.

2.1 Le calendrier féminin de fécondité et de stérilité

Le calendrier féminin de fécondité et de stérilité est le premier facteur influençant la trajectoire de ménopause. Ce calendrier correspond aux périodes de fécondité, de stérilité sociale et de stérilité physiologique de chaque femme. Il influence la trajectoire de ménopause en ce qu'il renvoie à des normes d'âge et à des représentations du féminin, lesquelles constituent une forme de « codification des temporalités et des corporéités » (Legrand et

Voléry, 2013, p. 9). Au cœur de cette codification se croisent normes d'âge et genre : elle met en jeu la capacité des femmes à répondre aux injonctions à la fécondité, à la stérilité sociale et à la stérilité physiologique en fonction de normes d'âge strictes. De cette capacité dépend une confirmation ou une infirmation de la réalité subjective au début de la trajectoire de ménopause.

Au calendrier féminin de fécondité et de stérilité s'adossent des normes d'âge qui organisent « les modes d'être-femme au gré des âges » (Legrand et Voléry, 2013, p. 12) : un temps de fécondité à actualiser, un temps de ménopause sociale synonyme de fécondité potentielle à ne pas actualiser, un temps de ménopause physiologique synonyme de stérilité. Aux différents âges sociaux répondent différentes représentations de la physiologie féminine. Ce schéma temporel normatif renvoie aux « représentations des passages d'âge articulés aux passages biologiques des femmes » (Vinel, *in* Héritier et Xanthakhou, 2004, p. 222). Nous touchons ici à la construction sociale de la fécondité et de la stérilité, sous-tendue par « un système symbolique de représentations qui mettent en relation, comme si cela allait de soi, le cours du monde naturel et sa reproduction, la personne humaine dans sa chair et dans son esprit, ainsi que le jeu des règles sociales » (Héritier, *in* Augé et Herzlich, 1984, p. 124). Dans notre culture, la fécondité est pensée comme une propriété nécessaire, « une ''donnée immédiate'' de la féminité » (Mathieu, 2013, p. 66). Cette représentation possède un caractère fondamental si on veut comprendre la trajectoire de ménopause. Nous avons, en effet, montré dans le chapitre IV que, dans notre culture, une « norme procréative (…) définit le ''bon moment de la maternité'' : ni trop tôt ni trop tard, entre 25 et 35 ans (avant, les grossesses sont stigmatisées comme ''précoces'', après comme ''tardives'' donc ''à risque'') » (Bajos et Ferrand, 2006, p. 92). Les femmes sont enjointes à répondre positivement à cette norme procréative : « le fait de ne pas être mère, et de n'avoir pas le désir de l'être, renvoie, dans les représentations collectives, à une défaillance psychologique et /ou physiologique » (Debest *in* Knibiehler, 2012, p. 46). Or, cette norme procréative se double d'une norme de fécondité. Passé le « bon moment de la maternité », en effet, il ne s'agit pas pour les femmes de devenir stériles, mais de conserver leur potentiel fécond, afin de pouvoir performer une féminité conforme jusqu'à l'âge socialement accepté de ménopause physiologique. Si « aujourd'hui comme hier, en France, la maternité reste un attribut essentiel de la féminité » (Bajos et Ferrand, 2006, p. 92), la fécondité en constitue elle aussi un attribut. Le fait que la fécondité constitue une des caractéristiques de la féminité est largement illustré par les propos de nos interlocutrices. À part Marthe, toutes les autres femmes interviewées ont eu des

enfants. Interrogées sur ce choix, elles en soulignent toutes le caractère à la fois « naturel » et impérieux. À leurs yeux, procréer constitue, tout d'abord, un allant-de-soi :

> *« avoir des enfants, c'est naturel. C'est naturel que toutes les femmes aient envie d'enfanter et d'avoir un amour maternel » (Jacqueline, 58 ans, sans profession)*
> *« j'ai eu mes enfants, pour moi c'était l'ordre des choses, je me suis mariée et j'ai eu mes enfants » (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite)*

S'il est perçu comme « naturel », le fait d'avoir un enfant relève également d'une forme d'accomplissement pour nos interviewées :

> *« j'envisageais pas la vie sans enfant, pour moi, c'était un aboutissement. C'était vraiment un besoin quoi » (Inès, 59 ans, agent immobilier)*
> *« pour moi avoir des enfants, c'était très important, oui, c'était un accomplissement » (Julie, 54 ans, urbaniste)*
> *« je ne concevais pas de rester sans enfants. Je pense qu'une femme a besoin de procréer, parce qu'une femme qui n'a pas d'enfants, elle est moins humaine » (Bernadette, 62 ans, commerçante).*

Accomplissement naturel, le fait de procréer a part avec la question de la féminité aux yeux de nos interviewées. Dans leurs représentations, être une femme passe par le fait d'avoir un enfant, ou, tout du moins, d'en avoir la capacité :

> *« pour moi, être une femme, c'est avoir deux seins et avoir eu ou avoir la capacité potentielle de faire des enfants » (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition)*
> *« ce qui fait d'une femme une femme, c'est le fait de naître femme, d'avoir la possibilité d'avoir des enfants, moi, je me vois comme ça. (...) Le fait que j'ai pu mettre des enfants au monde, ça, ça a fait de moi une femme, indéniablement » (Rachel, 61 ans, cadre de la fonction publique à la retraite).*

L'idée de maternité comme accomplissement de la féminité traverse les propos de nos interviewées. Elles rejoignent en cela les représentations sociales véhiculant l'idée qu' « une femme qui n'a pas d'enfant ne s'est pas totalement réalisée » (Bajos et Ferrand, 2006, p. 92). Leurs propos illustrent ainsi « une conception biocentriste de la féminité » (Mathieu, 2013, p. 62) qui sous-tend largement les représentations dans notre culture et inscrit la féminité dans la procréation. Correspondant à un âge social précis, le potentiel fécond est construit comme déterminant. La dimension fondamentale de la conservation du potentiel fécond à la ménopause sociale se fait jour : la « juste » féminité de la quarantaine est, certes, socialement stérile, mais elle doit être physiologiquement féconde. Même virtuellement, une femme doit continuer à être féconde pour conserver les attributs de la féminité et ce, jusqu'à l'âge social de la ménopause physiologique, c'est-à-dire à la cinquantaine. Le schéma temporel normatif

de l'achèvement du cycle de fécondité féminin s'ordonne ainsi en fonction de chaque âge social adossé à une biologie normalisée : une ménopause sociale autour de la quarantaine, une ménopause physiologique à partir de la cinquantaine, suivie d'une éventuelle grand-maternité. Ce parcours normatif institue ainsi que la ménopause physiologique doit succéder et non précéder ou être concomitante de la ménopause sociale. Il distribue, ainsi, la norme d'âge en matière de stérilité : être stérile avant l'âge social de ménopause physiologique constitue, dans notre espace social, une déviance.

Le genre traverse cet agencement normatif des âges et des corps. En fonction des sexes, fécondité et stérilité relèvent de dispositifs normatifs et d'impératifs différents : « les hommes et les femmes sont assignés à un calendrier de vie différent, soumis à des temporalités inégales et asymétriques » (Bessin, 2009, p. 94). Nous nous trouvons ici à l'intersection de l'âge et du genre en tant que catégories de production de l'ordre social. Nous avons montré, dans le chapitre IV, que des représentations différentes sous-tendent la fertilité des femmes et des hommes. Sont ainsi opposées « la perception ''naturelle'' de la fertilité féminine comme fragile et limitée dans le temps et celle de la fertilité masculine comme stable et illimitée » (Löwy, 2009, p. 109). Le discours dominant fonctionne comme rappel persistant des normes d'âge en matière de fécondité au féminin : « les messages portant sur la fertilité, véhiculés par le monde médical et repris par les médias, ciblent encore principalement les femmes. Il s'agit le plus souvent de messages d'alerte quant à leur âge, tels que : ''Envie de bébé, n'attendez pas !'', de messages psychologisants, mais aussi hygiénistes. Ils visent à rappeler les femmes à l'optimisation de leurs ''performances'' de génitrices et de gestatrices (…). Le traitement de l'information relative à la fertilité des hommes est moins visible, moins systématique » (Rozée et Mazuy, 2012, p. 12). Un traitement asymétrique de la stérilité se fait également jour. La stérilité, en effet, « s'entend spontanément au féminin, partout et toujours. Elle dit en conséquence avec insistance quelque chose du rapport social des sexes » (Héritier, *in* Augé et Herzlich, 1984, p. 125). La stérilité des hommes constitue, au contraire, un objet tabou dans notre contexte social (Rozée et Mazuy, 2012). Elle n'y « a été reconnue que depuis peu ; le sperme était, par définition, toujours fertile » (Héritier, 1996, p. 262). En outre, la stérilité est vécue de façon différente selon que l'on est une femme ou un homme : « les hommes la ressentent comme une forme d'impuissance (…), les femmes comme un malheur affectant leur identité de femme, elles disent ne plus se ''sentir réellement femmes'' » (Fine, *in* Knibiehler, 2001, p. 67).

Ce traitement asymétrique de la fécondité et de la stérilité découle précisément de ce que la part de chaque sexe dans la procréation est pensée comme différente. C'est au corps féminin qu'est associée la reproduction dans un lien de nécessité construit comme naturel : les femmes « sont socialement désignées comme responsables de la procréation » (Rozée et Mazuy, 2012, p. 12). La déstabilisation engendrée chez nos interviewées en cas de stérilité à l'âge social de procréation ou de ménopause physiologique à l'âge social de ménopause sociale illustre le caractère asymétrique des représentations associées à la stérilité masculine et à la stérilité féminine. Ces représentations constituent un dispositif essentialisant et réifiant, saisissant un « féminin » à l'aune d'une physiologie normative.

Dans les trajectoires des femmes à la ménopause, le calendrier de fécondité et de stérilité joue comme facteur de confirmation ou d'infirmation de la réalité subjective, comme nous allons le voir maintenant. Ainsi, pour les femmes faisant l'expérience d'un calendrier de fécondité et de stérilité répondant aux normes d'âge, la physiologie fonctionne comme confirmation de l'âge social. Au contraire, un calendrier déviant est marqué par la dissonance entre physiologie et âge social.

2.1.1 Le « bon calendrier» de fécondité et de stérilité ou l'adéquation entre physiologie et âge social

Le « bon calendrier » de fécondité et de stérilité constitue l'adéquation entre physiologie et âge social. La conformité de ce calendrier passe, d'une part, par le respect de la norme de fécondité : c'est le cas pour les femmes qui ont joui d'un potentiel fécond tout autant que cette norme les y enjoignait, c'est-à-dire jusqu'à la ménopause physiologique. La conformité du calendrier passe, d'autre part, par le respect de l'ordre entre ménopause sociale et ménopause physiologique : la première précède la seconde. L'expérience physiologique confirme, dans ce cas, la norme d'âge en matière de fécondité et de stérilité : une fécondité jusqu'à la quarantaine, suivie d'une ménopause sociale, puis de l'entrée en ménopause physiologique autour de la cinquantaine sont les étapes qui respectent la norme du calendrier de fécondité et de stérilité. En légitimant leurs représentations, leur calendrier corporel fonctionne, pour les femmes qui en font l'expérience, comme confirmation de leur réalité. Leurs propos traduisent le sentiment d'une congruence :

> *« la ménopause, ça m'a paru normal, c'est une étape de la vie, j'avais 54 ans, j'avais eu quatre enfants, je crois que j'ai vécu ma vie de femme aussi*

pleinement qu'on peut la vivre, donc ça m'a paru normal » (Dinah, 58 ans, avocate)
« arrivée à tel âge, je savais que ça allait m'arriver donc j'ai accepté ça sans vraiment me poser de questions » (Évelyne, 59 ans, sans emploi)
« la ménopause, j'ai trouvé que c'était dans la règle de la vie, j'arrivais à un âge où c'était normal, 52 ans, j'avais passé le cap. Donc la ménopause, j'avais l'âge, c'était normal » (Jacqueline, 58 ans, sans profession).

Pour ces femmes, la ménopause physiologique constitue la signature physiologique d'un statut incorporé de ménopause sociale :

« moi, j'ai eu mes règles jusqu'à tard, 57 ans. Je me disais ''oui, c'est vrai, c'est marrant, je les ai encore'', je me disais ''il faudra bien quand même que ça m'arrive un jour, la ménopause'' et c'est arrivé, de façon très lente, mais c'était plutôt drôle, j'avais des amies qui disaient, ''c'est bien, tu pourrais encore avoir des enfants !'', je disais ''t'es folle !'', c'était un joke ! À 50 ans, non, non ! C'est trop vieux ! » (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition)
« moi, l'idée que la ménopause, c'est découvrir tout à coup qu'on ne peut plus être mère, ça me fait ouvrir des yeux grands comme ça ! Moi, à 55 ans, il y avait belle lurette que je n'avais plus envie d'être mère! C'était plus mon sujet depuis longtemps, longtemps! » (Claude, 65 ans, cadre commerciale à la retraite).

Ce type d'interviewées souligne l'absence de hiatus à l'entrée de la trajectoire de ménopause :

« la ménopause, c'est une continuité, je suis rentrée facilement dans cet âge-là » (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite)
« la ménopause, ça s'est bien intégré à ma vie, il y a eu une forme d'harmonie » (Dinah, 58 ans, avocate).

Leurs propos renvoient au caractère conforme de leur physiologie avec les normes d'âge. La stérilité à l'âge social de la ménopause physiologique constitue pour elles une évidence qui se manifeste dans le sentiment d'un passage concordant.

Ces interviewées évoquent la question de la cessation de la fertilité de manière positive, et ce, à l'aune de la cessation de la gestion de la fécondité. Pour elles, la ménopause physiologique met un terme au devoir de gestion de la fertilité du couple, ce « fardeau genré de la contraception » (Dillaway, 2005, p. 405, notre traduction) :

« ce qu'il y a de positif, c'est qu'on n'a plus à penser à se protéger ! » (Annette, 57 ans, institutrice à la retraite)
« il n'y a plus de soucis, pas de pilule à prendre, de stérilet, tout ça, oui, donc c'est quand même un soulagement ! » (Josépha, 62 ans, assistante de direction à la retraite).

Sous-jacente à ces propos réside moins la question de la fécondité en tant que telle que celle de la gestion unilatérale de la fécondité par les femmes dans le couple. Ces interviewées

évoquent avec plaisir la sensation de liberté liée à la cessation d'un devoir de gestion contraceptive qu'elles jugent particulièrement contraignant. Elles mettent en avant une sexualité renouvelée, sous le signe de la quiétude. Il apparaît bien que pour ces interviewées, « si les techniques de contraception ont conféré une liberté en théorie, la ménopause confère une liberté en pratique » (Dillaway, 2005, p. 407, notre traduction) :

> *« tu ne peux plus avoir d'enfants, mais tu as la liberté sexuelle ! Ah chic ! Je ne peux plus être enceinte ! Je suis beaucoup plus libre de ce point de vue-là. Ah, aujourd'hui, c'est top ! » (Dinah, 58 ans, avocate)*
> *« je trouve que c'est un peu une libération, parce qu'on n'a plus le risque de tomber enceinte, c'est quand même vachement important, on peut vivre une sexualité, ou débridée ou pas, mais on est complètement tranquille de ce côté-là » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique).*

Leur expérience va à l'encontre des représentations des menstruations comme perpétuel horizon féminin. Un corps positivement dénué de règles caractérise leurs représentations. Elles expliquent, en effet, que les menstruations sont une expérience qu'on oublie et qui ne définit plus la vie après la ménopause :

> *« maintenant, je n'y pense plus du tout aux règles. En fait, on oublie complètement ! » (Annette, 57 ans, institutrice à la retraite)*
> *« les règles, ça s'est stoppé, pff, terminé ! C'est passé aux oubliettes ! » (Lisette, 57 ans, sans profession)*
> *« on n'y fait plus attention après, on n'a plus de règles, on n'a plus de règles, point à la ligne. C'est un truc qui sort de notre tête, une fois que c'est fini » (Josée, 65 ans, vendeuse à la retraite).*

Ce temps dénué du devoir de gestion de la fécondité et des contraintes des menstruations est également perçu par ces interviewées comme l'entrée dans une ère nouvelle, laquelle précède la vieillesse :

> *« la ménopause, c'est un cap entre la vraie jeunesse et l'âge, je dis pas ''mûr'', mais ''moins jeune'' » (Josépha, 62 ans, assistante de direction à la retraite)*
> *« je ne vois pas la ménopause comme la porte d'entrée dans la vieillesse, c'est plutôt un changement vers la maturité » (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition)*
> *« j'associe pas la ménopause au début de la vieillesse… Pour moi, c'est une étape dans le cours des choses de la vie, disons que ça positionne la femme vers les seniors » (Léa, 52 ans, chargée de paie).*

Ces interviewées tiennent particulièrement à cette catégorie d'âge, qu'elles caractérisent comme succédant à la période de fécondité et précédant le début de la vieillesse. Il s'agit pour elles d' « une période intermédiaire située avant la ''grande-vieillesse'' » (Thoër-Fabre, 2005, p. 100), cette dernière étant caractérisée dans leurs propos par la perte d'autonomie. Elles soulignent le caractère nouveau de cette catégorie d'âge et s'affichent, ce faisant, comme

pionnières, mettant en avant « ce sentiment d'appartenir à une génération ''innovante'', qui a fait évoluer la place de la femme dans la société et le rapport au corps » (Thoër-Fabre, 2005, p. 147) :

> *« les femmes d'aujourd'hui sont beaucoup plus actives qu'il y a 30 ans. À 50 ans, on fait du sport, on fait plein de choses. Quand on regarde la télé, on voit les femmes de 50 ans, des silhouettes minces, des dames bien maquillées, bien habillées » (Évelyne, 59 ans, sans profession)*
> *« aujourd'hui, à la ménopause, la femme est quand même dynamique, moderne, elle se maquille, elle donne une allure jeune, même en ayant 50, 60 ans » (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite)*
> *« avant les femmes mourraient jeunes donc automatiquement quand elles avaient 50, 55 ans c'était pas la mort mais pas loin, tandis que maintenant on vit beaucoup plus âgées, donc on ne peut plus dire qu'on passe dans le clan des vieilles avec la ménopause. Au contraire à 50, 55 ans, regardez toutes ces femmes ces artistes ménopausées ou pas elles sont radieuses Isabelle Huppert, Inès de la Fressange, elles sont ménopausées, elles sont magnifiques ! Donc on peut plus dire comme avant ''la ménopause, c'est la vieillesse'' » (Josépha, 62 ans, assistante de direction à la retraite)*
> *« aujourd'hui, les femmes plus âgées ont la cote, elles ont leur place, elles sont appréciées. Je vois mes amies sont très dynamiques, on voit plein de reportages avec des gens de 50 ans, actifs, des femmes très belles » (Dinah, 58 ans, avocate).*

Pour ces interviewées, « la cinquantaine au féminin ne renvoie plus maintenant au vieillissement mais à l'image d'une personne qui est encore jeune et surtout active et indépendante » (Thoër-Fabre, 2005, p. 123). Leurs propos illustrent le fait « qu'entre l'âge adulte et la vieillesse, est apparu un nouvel âge de la vie, qui constitue un temps de maturité et de réalisation de soi » (Caradec, 2012, p. 21). La période de ménopause s'ancre ainsi dans ce nouvel espace temps, marqué par une éthique du « bien vieillir » (Caradec, 2012).

Aux yeux de ces interviewées, enfin, la congruence temporelle entre ménopause physiologique et âge social de grand-maternité parachève la confirmation de la réalité :

> *« oui, la ménopause c'est un peu lié au vieillissement, mais je le supporte très bien moi. D'abord, cette année je vais être grand-mère et je me suis faite des mèches grises pour me dire ''je suis grand-mère, donc je vais avoir des cheveux gris'' » (Pauline, 55 ans, assistante maternelle)*
> *« la ménopause, ça me gêne pas, parce que j'ai un fils de 30 ans donc je serais en âge d'être grand-mère et je trouve ça bien. C'est la logique des choses. J'ai hâte que ma fille ait des enfants, mon fils j'espère aussi ! Oui, j'aimerais bien avoir des petits-enfants bientôt » (Léa, 52 ans, chargée de paie)*
> *« la ménopause, c'est un passage d'une période fertile à une période infertile, mais bon, c'est normal, maintenant je suis grand-mère ! Voilà, je rentre dans une autre phase et cette phase-là elle est aussi pour accueillir ma petite-fille, ça ouvre un autre espace temps !» (Patricia, 58 ans, art thérapeute).*

Pour ce type d'interviewées, le calendrier de fécondité et de stérilité fonctionne comme confirmation de la réalité : la physiologie est venue confirmer les différents âges sociaux au cours de la trajectoire de ménopause. L'ordre des représentations est ainsi respecté. Cet ordre est, au contraire, mis à mal dans l'expérience d'un calendrier physiologique déviant, comme nous allons le voir maintenant.

2.1.2 Le calendrier physiologique déviant ou le « malheur biologique »

Lorsque leur calendrier de fécondité et de stérilité n'est pas conforme aux normes d'âge, nous observons une déstabilisation, voire une infirmation, de la réalité subjective des femmes. L'infraction peut consister, d'une part, en une incapacité à répondre positivement à la norme de fécondité. Elle peut, d'autre part, résulter d'un désordre dans la succession entre ménopause sociale et ménopause physiologique. Nous allons voir que dans ce type d'expérience, une dissonance se fait jour entre physiologie et âge social. C'est le cas lorsque la ménopause physiologique précède ou chevauche la ménopause sociale, pour des femmes qui ont subi une ablation de l'utérus, par exemple, et celles qui sont physiologiquement ménopausées avant la cinquantaine.

L'infraction à la norme de fécondité est expérimentée par les femmes qui ont subi une ablation de l'utérus ou des ovaires du fait de problèmes gynécologiques (fibromes et hémorragies généralement). Parmi nos interviewées, quatre femmes ont ainsi subi ce qu'elles nomment une *« ménopause chirurgicale ».* La plus jeune avait 35 ans (Geneviève) et les autres 45 et 48 ans. Pour ces femmes, l'expérience de la ménopause se voit divisée en deux temps : selon leurs propres termes, elles ont vécu un premier épisode de ménopause lors de l'ablation de l'utérus ou des ovaires, qui a entraîné la cessation du cycle menstruel et la stérilité, puis un autre à l'occasion de leur entrée dans la phase de ménopause physiologique. La *« première ménopause »,* comme certaines la nomment, représente le moment du deuil de leur fécondité, à l'âge social de fécondité pour Geneviève (35 ans) et à l'âge social de la ménopause sociale pour les autres. La ménopause physiologique est, quant à elle, pleinement associée par ces interviewées à des transformations physiques. Ces deux processus sont nettement distingués par elles :

> *« j'ai été ménopausée la première fois, j'avais à peu près 35 ans, suite à une intervention chirurgicale, parce que j'avais un fibrome donc une fois qu'ils l'ont enlevé, ils ont enlevé l'utérus… Et depuis mes 50 ans, j'ai la vraie*

ménopause avec les désagréments physiques» (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite)
« à la limite, ma ménopause, elle a été au moment où je n'ai plus eu d'utérus : le fait de ne plus pouvoir avoir d'enfants, ça s'est vécu à ce moment-là, puisque pour moi, la ménopause c'est ''tu n'es plus féconde'.' (...) Donc il y a eu une grosse coupure avec mon opération, puis une autre une grosse coupure, avec les bouffées de chaleur et le traitement hormonal… Il y a eu deux moments » (Rachel, 61 ans, cadre de la fonction publique à la retraite).

L'épisode d'ablation de l'utérus ou des ovaires constitue pour ces femmes un épisode de déstabilisation de la réalité, marqué par le deuil de la fécondité ou de son potentiel, comme l'illustrent leurs propos :

« quand on voit d'autres femmes qui sont enceintes à 40 ans, on se compare un peu aux gens et quand je voyais une femme de 40 ans enceinte, je me disais ''ben moi, je ne peux plus'' et à 35 ans, on se pose encore la question, parce que c'est quand même jeune. Bon, moi j'avais eu mes deux enfants, mais c'est triste pour une femme jeune de ne plus pouvoir avoir d'enfants » (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite)
« une fois, après m'être fait opérée, j'avais eu les larmes aux yeux dans la rue en voyant un petit bébé… C'était : ''c'est fini pour moi ce genre de choses''. Ça m'a fait quelque chose à ce moment-là … ''Voilà, c'est fini, je n'aurai plus de bébé''. C'est à la fois un moment de perte et de nostalgie » (Rachel, 61 ans, cadre de la fonction publique à la retraite)
« moi, il y avait l'idée de ne plus avoir la possibilité d'avoir d'enfants, le deuil d'un enfant à cette période-là » (Julie, 54 ans, urbaniste).

Chez Geneviève, au deuil du potentiel reproducteur s'ajoute également une remise en question de la féminité :

« l'idée ''oh, je ne suis plus une femme'', moi, j'avais ressenti ça à 35 ans, quand ils m'ont enlevé l'utérus, quand je n'avais plus de règles et là, je m'étais sentie un peu bizarre, je m'étais dit ''mince, à 35 ans, tu n'es plus une femme''… Pour moi, quand je n'ai plus eu de règles, quelque part j'étais moins femme...Donc on se dit, ''si je suis moins femme, mais alors, qu'est-ce que je suis ?'' » (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite).

L'ablation de l'utérus ou des ovaires ne manque pas de participer de la déstabilisation de l'expérience en ce qu'ils constituent l'incarnation de la féminité dans les représentations. Chez ces interviewées, un travail de maintenance de la réalité répond, toutefois, à cette déstabilisation. À leurs yeux, en effet, leur corps stérile est avant tout un corps vivant. Elles soulignent ainsi la satisfaction d'être toujours en vie:

« j'ai commencé à avoir des hémorragies sévères, j'ai failli d'ailleurs y rester parce qu'on m'a fait un curetage en urgence, en plus j'ai fait une infection peu de temps avant que je me fasse opérer, donc, pour moi, c'était devenu une angoisse. C'était vraiment l'horreur, jusqu'à cette hémorragie, qui m'a amenée à consulter et là, le chirurgien m'a dit ''vous avez un fibrome'', donc je me suis fait opérer, j'ai pas eu le temps de, enfin, oui, j'ai

bien réfléchi, il y avait deux solutions, soit il m'enlevait le fibrome, mais il laissait tout en place, mais je risquais de recommencer quelques années plus tard, soit il m'enlevait tout, enfin pas les ovaires, mais il m'enlevait une partie de l'utérus. J'ai pas hésité longtemps et on m'a enlevé l'utérus. Et ça a été un grand, grand soulagement. La libération !» (Inès, 59 ans, agent immobilier)
« je me suis fait opérée, je n'avais pas le choix : c'était ça ou la mort parce que j'avais un fibrome d'1,2 kg, je saignais presque en permanence… Cet âge est fini et je n'y pense plus » (Rachel, 61 ans, cadre de la fonction publique à la retraite).

La déstabilisation de la réalité est ainsi contrecarrée par ce type de « rationnalisations protectrices » (Goffman, 1989, p. 279). Devenues stériles, ces interviewées dévient, certes, de la norme de fécondité et l'ordre de succession entre ménopause sociale et ménopause physiologique a pu être bouleversé, mais elles mettent en balance de cette déviance une mort probable.

Une déstabilisation se fait également jour chez les femmes (9/30) qui ont été physiologiquement ménopausées avant 50 ans. Entrant dans la période de ménopause physiologique alors qu'elles sont encore assignées à l'âge de ménopause sociale, ces interviewées vivent la ménopause physiologique comme contrevenant à l'ordre des choses, comme l'illustrent les propos de Corinne :

« être ménopausée à 45 ans, disons, sur le coup, ça m'a un peu surprise quand même, ça m'a fait un petit coup sur la tête… J'aurais aimé avoir des cycles un peu plus longtemps. (…) La mère de mon conjoint, elle a été ménopausée vers 55, 56 ans, ça, c'est dans la règle du jeu, mais 45 ans comme moi, c'est pas tellement adapté… Se dire qu'il y a des personnes qui ont 55 ans, 10 ans de plus que moi et qui ont encore leurs cycles, vous vous posez quand même quelques questions…» (Corinne, 45 ans, assistante de direction)

Bernadette rapporte également avoir été désappointée lorsqu'elle a appris qu'elle était ménopausée à 48 ans :

« la chose qui m'a marquée, quand j'ai su que j'étais ménopausée, c'est que je me suis dit ''quand même, je n'ai que 48 ans et ça commence !''. J'ai été voir ma gynécologue quand ça m'est arrivé, qui m'a dit ''c'est la pré-ménopause''… Quand même, ça m'avait marqué… Je me suis dit ''mince ! C'est pas vrai !''. Je trouve quand même que c'est un peu tôt ! » (Bernadette, 62 ans, commerçante).

Mylène et Virginie vivent ce processus de manière plus violente. La première a été ménopausée à 46 ans et la seconde est actuellement en phase de périménopause :

« au début, je ne l'admettais pas trop, non ! Ça m'est tombé dessus, je me suis dit ''déjà ?, mais je suis encore jeune !''. J'ai été très surprise

d'apprendre qu'on pouvait être ménopausée à 46 ans, pour moi c'était vers 55 ans !» (Mylène, 52 ans, secrétaire)
« au début, je comprenais rien, je croyais que j'étais enceinte, je faisais des tests de grossesse à tout va ! Je pensais pas qu'on pouvait être ménopausée aussi jeune, moi j'ai 46 ans ! J'étais pas préparée à ce que ça s'arrête comme ça d'un coup, si tôt. Donc ce que je ressens, c'est l'incompréhension, du désarroi, des regrets… » (Virginie, 46 ans, coordinatrice de l'animation dans une école).

Chez ces interviewées, un hiatus se fait jour entre physiologie et âge social parce qu'elles ne répondent pas à la norme qui prescrit qu'à 46 ans, les femmes sont socialement stériles, mais touchent encore à l'âge social du potentiel fécond. Ce hiatus entraîne chez elles un questionnement de leur féminité. Ce type d'interviewées envisage, en effet, la ménopause comme perte de caractéristiques acquises à la puberté construisant l'identité féminine :

« la ménopause, c'est l'opposé de la puberté » (Mylène, 52 ans, secrétaire)
« la puberté et la ménopause, c'est le contraire. À la puberté, on va débuter sa vie de femme et à la ménopause on va terminer sa vie de femme » (Virginie, 46 ans, coordinatrice de l'animation dans une école).

Elles mettent ainsi en exergue un rapport d'exclusion entre féminité et stérilité physiologique :

« à la ménopause, à ce moment-là j'ai eu l'impression d'avoir perdu un peu ma féminité si on peut dire… Parce qu'on ne peut plus avoir d'enfant, il y a quelque chose qui s'arrête de la féminité » (Mylène, 52 ans, secrétaire)
« il y a l'idée qu'on est moins femme. C'est dans sa tête, on sait que l'horloge biologique tourne et une femme, sauf exception a toujours un désir d'enfants et moi, je me rends compte que ça ne sera plus jamais » (Virginie, 46 ans, coordinatrice de l'animation dans une école)
« au niveau, on va dire, de la féminité, c'est vrai que ça a été ennuyeux parce que la ménopause est arrivée trop tôt… Il y a le fait de me sentir moins féminine là » (Corinne, 45 ans, assistante de direction)

Dans ce type d'expérience, la ménopause résonne avec morbidité. Invitées à personnifier la ménopause[465], Mylène et Virginie la dépeignent comme une entité macabre (*« squelettique », « sèche comme un tronc d'arbre », « couleur d'automne »)* et dont la féminité s'est exfiltrée (*« maigre », « dure », « austère »* et *« sans forme féminine »).* La stérilité à la période jugée « normale » de potentiel fécond est vécue par ces femmes comme

[465] Afin de personnifier la ménopause, nous avons travaillé avec la technique du « portrait chinois » lors de l'entretien de groupe. Nous leur avons ainsi demandé : « On imagine que la ménopause est une personne, elle entre ici, dans la pièce, décrivez-la moi… Physiquement ? Son caractère ? Qu'est-ce qu'elle dit ? Qu'est-ce qu'elle fait ? Est-ce qu'on a envie d'aller vers elle ? Pourquoi ? ». Cette technique dite « projective » permet, en faisant intervenir l'imaginaire, de travailler sur les représentations des individus

une « faille identitaire » (Fine, *in* Knibiehler, 2001, p. 67). Une représentation de couperet fatal traverse leurs propos. La ménopause prend ainsi, chez elles, la figure d'un « malheur biologique » (Héritier, 1996, p. 263). Nous insistons sur la dimension potentielle de cette fécondité : ces femmes prenaient une contraception avant la ménopause physiologique opérant ainsi une dissociation entre sexualité et procréation. Aussi, il apparaît bien que pour ces interviewées, « ce n'est pas tant l'arrêt des naissances qui les préoccupe, [que] la perte du pouvoir de procréation » (Vinel, *in* Héritier et Xanthakhou, 2004, p. 230). Parce qu'elles se départent de représentations positives associées à la fécondité, et non d'un actuel désir de grossesse, la ménopause physiologique est vécue par elles « comme un rejet et une entrée dans l'ombre » (Héritier, 2002, p. 141).

La déstabilisation de leur monde provoquée par le non-respect de la norme des séquences de la ménopause met également en jeu la question de la grand-maternité pour ces interviewées. Ménopausées physiologiquement à l'époque de la ménopause sociale, elles évoquent spontanément le spectre d'une grand-maternité qui achèverait d'infirmer leur réalité :

> *« ce moment de la ménopause, c'est pas le moment d'être grand-mère pour moi ! Ça ferait trop d'un coup ! » (Odette, 49 ans, gérante de société)*
> *« moi, il manquerait plus que la naissance d'un petit-enfant à la ménopause ! Ah non, ce serait pas bon pour le moral ! » (Maud, 50 ans, juriste).*

La déstabilisation de la réalité subjective est ainsi parachevée si une grand-maternité advient de manière concomitante d'une ménopause physiologique contrevenant à la norme temporelle. Les propos de Rose, qui a particulièrement mal vécu le fait de devenir à la fois ménopausée et grand-mère à l'âge de 48 ans, illustrent la déstabilisation qu'elle a connue :

> *« j'ai eu mon premier petit-enfant au moment où j'étais ménopausée et tout à coup, blam ! Je me suis retrouvée grand-mère ! Quand ma fille était enceinte, je ne voulais pas le savoir, du tout, du tout, du tout ! À 48 ans, je me suis retrouvée ménopausée et grand-mère, c'était bizarre… Je l'ai pas trop accepté. Être ménopausée et grand-mère, ça fait dire que… c'est une nouvelle époque ça… mais… franchement… Franchement, j'étais trop jeune » (Rose, 58 ans, bibliothécaire).*

Le questionnement, voire le malaise, décrit par ces femmes ne sont pas les réactions naturelles de femmes face à leur situation individuelle, mais constituent le résultat d'une norme incorporée face à une situation sociale construite comme déviante du fait d'un corps stérile à l'âge social de la fécondité ou de potentielle fécondité. Face à leur stérilité à l'âge social de la fécondité ou de son potentiel, ces interviewées font part de « réactions largement

définies en fonction des normes sociales et des conceptions culturelles qui correspondent aux rôles sexuels et à l'état des rapports entre les sexes dans notre société » (Ouelette, 1988, p. 15). La fécondité jusqu'à la ménopause physiologique constitue, en effet, une propriété sociale positive, même si elle n'est pas actualisée. Pour une femme, être stérile avant la ménopause physiologique constitue un état de non-conformité. Ainsi, le fait que la ménopause physiologique advienne avant ou pendant la période de ménopause sociale place les femmes hors de la norme du corps fécond parce qu'elles ne peuvent plus répondre à l'injonction à « la performance des corps reproducteurs » (Rozée et Mazuy, 2012, p. 7), même si cette performance en reste à une dimension de potentialité.

Un sentiment de perte, voire de manque au sujet des menstruations émerge chez ces femmes. Plus précisément, le sentiment d'affranchissement vis-à-vis de la cessation des menstruations, mis en évidence dans le chapitre précédent, se mêle chez elles à un manque. Associées au corps féminin adulte, perçu comme celui des possibles, les règles étaient, en effet, pour elles synonyme d'habilitation :

> *« les règles, ça voulait dire qu'on était grande, qu'on était susceptible d'avoir des enfants, que s'ouvrait une autre phase de la vie. C'est un passage, un moment joyeux. Et il manque quelque chose quand même au début quand ça s'arrête… » (Rose, 58 ans, bibliothécaire)*
> *on ressent un manque du fait de ne plus avoir de cycles. Ça fait se sentir moins femme » (Corinne, 45 ans, assistante de direction)*

Julie évoque, dans ce sens, le sentiment de joie qu'elle a ressenti lors de ses dernières règles avant qu'elle ne subisse une hystérectomie préventive. Lors de l'entretien, elle se remémore vivement ce moment :

> *« en fait avant mon opération, il y a eu une chose assez curieuse, je n'ai pas eu mes règles pendant 9 mois et j'ai eu ces règles incroyables le jour de Noël, le 25 décembre, des règles ''chute du Niagara''. Et je savais que j'allais me faire opérer, c'était mes dernières règles et j'ai trouvé ça très étrange de ne pas avoir eu de règles pendant 9 mois et de les avoir de façon aussi présente et aussi massive, le jour de Noël : il est né le divin enfant ! Je l'ai vraiment vécu comme une espèce de cadeau : voilà, c'est une dernière fois, mais comme c'est une dernière fois, c'est éclatant et ça arrive le jour de Noël ! » (Julie, 54 ans, urbaniste).*

À ses yeux, le corps dénué de règles renvoie dans une certaine mesure, à un moindre corps et à une perte d'un point de vue identitaire :

> *« je me souviens que la dernière fois que j'ai acheté des tampons, je me suis dit ''c'est la dernière fois'' et ça m'a fait quelque chose. Et, des fois, je regrette de ne plus avoir mes règles. Le fait d'avoir ses règles, c'est tellement lié à la fécondité, à un potentiel... Et pour moi, la ménopause, c'est*

le deuil du potentiel, qui n'est pas n'importe quel potentiel, c'est le potentiel de vie. Le fait de ne plus avoir l'attente des règles, puisque l'attente des règles est constante, c'est une petite mort » (Julie, 54 ans, urbaniste).

L'expérience de ces interviewées met en jeu le hiatus opéré par un corps sans menstruations à l'âge social de la fécondité. Les règles constituent, en effet, une propriété positive du féminin et leur absence à l'âge social de la fécondité opère comme déstabilisation. Sur ce point, il est important de souligner que « c'est l'agencement de l'âge social et du genre qui donne visibilité aux transformations physiques, qui les rend intelligibles et leur donne sens et pas l'inverse » (Diasio, 2012).

Le calendrier de fécondité et de stérilité constitue un facteur influençant la trajectoire de ménopause. Il opère comme confirmation ou infirmation de la réalité subjective. La confirmation de la réalité passe ainsi par la validation des séquences du calendrier de fécondité et de stérilité. Un calendrier déviant entraîne, au contraire, une déstabilisation de la réalité. Les propos de nos interviewées illustrent ainsi la force des modèles identitaires « fondés sur les divers ''états de la femme'', faits de temps successifs » (Fine, *in* Knibiehler, 2001, p. 71) et auquel contrevient une ménopause physiologique à l'âge social de la fécondité ou de la ménopause sociale. Mettant en jeu normes d'âge et genre, l'entrée dans la trajectoire de ménopause n'est pas univoque.

2.2 Les représentations du signe du corps : des bouffées de chaleur comme stigmate ou épreuve d'endurance

Les représentations associées au signe du corps, et plus particulièrement, aux bouffées de chaleur constituent le second facteur influençant la trajectoire de la ménopause. Nous avons vu, dans le chapitre IV, que les femmes se saisissent toutes des bouffées de chaleur comme d'un signe à civiliser. Nous allons montrer maintenant que les bouffées de chaleur sont vécues différemment par les interviewées car elles mettent en jeu des représentations différentes selon les CSP et des lieux de résidence des femmes rencontrées. Plus précisément, sont ici en jeu les représentations que les femmes associent au corps. Nous nous intéressons ainsi au « système de schèmes implicites régissant le rapport au corps que les différents individus entretiennent. Il se manifeste dans la façon de porter son corps, de le soigner, de le nourrir, de l'entretenir et d'en percevoir les transformations » (Boltanski, 1971, p. 225). Un substrat de

représentation commun est observable chez nos interviewées : la représentation du « corps-machine ». Les représentations des femmes rencontrées ne sont, toutefois, ni univoques ni figées, mais s'apparentent plutôt à « un puzzle, sans souci de contradictions » (Le Breton, 2003, p. 89). Ainsi, la représentation du corps-machine s'adosse à d'autres représentations du corps qui diffèrent selon les lieux de résidence et les CSP.

Soulignons, en préambule, que des représentations différentes du corps ont émergé au cours des entretiens que nous avons réalisés, dans la manière dont les interviewées parlent de leur corps. Nous avons ainsi remarqué que chez les femmes de catégories socioculturelles populaires, et plus particulièrement celles qui résident en milieu rural, on ne s'appesantit pas sur les manifestations que l'on peut éprouver à la ménopause, mais les bouffées de chaleur nous sont décrites avec de nombreux détails, voire mimées. Ces interviewées utilisent un langage verbal et non verbal riche : c'est avec ces femmes que nous avons observé des mimes pour expliciter une bouffée de chaleur, des grimaces pour signifier leur pénibilité, des onomatopées pour accompagner les descriptions de l'expérience corporelle, comme l'illustre ce passage d'un entretien avec Roselyne :

> *« la première année, j'ai eu pas mal de bouffées de chaleur, ah j'étais plutôt mal ! (Elle fait des mimiques de pénibilité et des grands signes avec ses bras). Et aussi les nuits, des sueurs nocturnes, l'an dernier, j'aurais bien été plonger en pleine nuit à 3 heures du matin dans la piscine pour faire pchou ! (Elle mime une cocotte minute), Ah, pour tout rafraîchir ! (Elle fait l'éventail avec ses bras) » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire)*

Au contraire, les femmes de CSP supérieures, *a fortiori* urbaines, considèrent les bouffées de chaleur comme un problème important, mais nous en ont livré des descriptions très succinctes, au même titre que pour l'expérience corporelle plus large. Elles n'ont, en outre, pas effectué de démonstration de leur technique de gestion de ces manifestations corporelles. Lors des entretiens avec elles, le corps est toujours resté « à sa place », c'est-à-dire euphémisé dans le langage verbal et non-verbal. Nous allons nous intéresser maintenant aux différentes représentations du corps qui sous-tendent les manières d'appréhender le signe que constituent les bouffées de chaleur et voir comment celui-ci influence les trajectoires de ménopause. La représentation du « corps-machine » s'adosse, en effet, à d'autres références chez nos interviewées. Si pour toutes les femmes rencontrées, les bouffées de chaleur sont un surgissement de la nature, celle-ci n'est pas perçue de manière homogène car les représentations des femmes diffèrent. Ainsi, selon les CPS et les lieux de résidence, le surgissement de la nature que constituent les bouffées de chaleur sera perçu comme à contrecarrer ou à accueillir.

2.2.1 Les bouffées de chaleur ou le stigmate du corps présent

Pour les femmes vivant en contexte urbain, *a fortiori* les CSP supérieures, les bouffées de chaleur, vécues sur le mode du stigmate, opèrent comme déstabilisation de la réalité. Dans une optique gestionnaire du corps, il s'agit pour ces interviewées de canaliser ce dérèglement invalidant du « corps-performance ».

Si pour ces interviewées, les bouffées de chaleur consistent en un surgissement de la nature, il s'agit de l'irruption de l'instable et de l'incontrôlé. Redoutées, elles sont vécues sur le mode du malaise. La question de la perte de dignité est ainsi au cœur de leurs propos. Elles font part de *« gêne », « honte », « embarras », « malaise »* quand elles évoquent les bouffées de chaleur :

> *« je me sens très mal quand j'ai des bouffées de chaleur, c'est très gênant d'en avoir avec d'autres personnes, c'est vraiment handicapant, je suis très embêtée dans ces cas-là » (Inès, 59 ans, agent immobilier)*
> *« c'est horriblement gênant les bouffées de chaleur, on transpire, on est tout rouge, tout le monde vous regarde, on a honte devant les autres » (Julie, 54 ans, urbaniste)*
> *« surtout, pendant la journée, vous êtes là, avec quelqu'un avec qui vous parlez ou vous êtes dans un bureau, pfff, oh la, la c'est horrible, c'est gênant vis-à-vis des autres et même pour soi » (Josépha, 62 ans, assistante de direction à la retraite).*

Or, si ces interviewées évoquent un sentiment de malaise lorsqu'elles ressentent une bouffées de chaleur, « rien ne peut être considéré comme le résultat d'un ''sentiment de gêne'' naturel » (Elias, 1973, p. 231). Ce qui se joue dans l'expérience que ces interviewées rapportent au sujet des bouffées de chaleur relève du stigmate, c'est-à-dire d'« un attribut qui jette un discrédit profond » (Goffman, 1975, p. 13) sur l'individu. Plus précisément, le stigmate se rapporte à ces « signes dont l'effet spécifique est d'attirer l'attention sur une faille honteuse dans l'identité de ceux qui la portent, et qui détruisent ce qui aurait pu être un tableau d'ensemble cohérent, avec pour conséquence un abaissement de l'appréciation » (*Ibid.,* p. 59). L'élément saillant est que la question du malaise lié aux bouffées de chaleur est avant tout abordée par ces femmes lorsqu'elles adviennent dans des situations publiques. Les bouffées de chaleur survenant lorsqu'elles se trouvent seules sont largement moins évoquées par ce type d'interviewées, au contraire des femmes de catégories populaires et rurales. Nous touchons ici à une dimension centrale du stigmate : son caractère interactionnel. Le stigmate implique, en effet, « moins l'existence d'un ensemble d'individus concrets séparables en deux colonnes, les stigmatisés et les normaux, que l'action d'un processus social omniprésent qui

amène chacun à tenir les deux rôles, au moins sous certains rapports et dans certaines phases de sa vie. Le normal et le stigmatisé ne sont pas des personnes mais des points de vue. Ces points de vue sont socialement produits lors de contacts mixtes, en vertu des normes insatisfaites qui influent sur la rencontre » (Goffman, 1975, p. 161). Aussi, nous allons voir que les propos de nos interviewées rendent moins compte des bouffées de chaleur en tant que telles, que de l'effet produit par l'interaction sur leur expérience des bouffées de chaleur : « en réalité c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il faut parler » (*Ibid.,* p. 13).

Deux espaces de contacts mixtes sont particulièrement saillants dans les propos des urbaines, *a fortiori* les CSP supérieures : la ville et l'espace du travail. D'une part, la ville, ses magasins et ses transports, sont fréquemment évoqués comme des lieux de potentiel malaise du fait du regard d'autrui et de sa proximité physique :

> *« c'est dur les bouffées de chaleur, parce que quand on est par exemple dans la métro on se fait remarquer, les gens ''mais qu'est-ce qu'elle a ?'', ''pourquoi elle se déshabille comme ça ?'', ''elle est toute rouge'', ''elle transpire'', donc c'est vraiment pas terrible » (Inès, 59 ans, agent immobilier)*
> *« c'était gênant parce que si on allait quelque part, par exemple j'allais faire mes courses et tout d'un coup ça me prenait, j'étais en eau quoi ! Alors c'était gênant parce qu'on se disait ''qu'est-ce qui m'arrive ?'', j'étais obligée d'avoir des mouchoirs, ça m'a beaucoup gênée ... Ce qui me gênait, c'était ça, la transpiration, j'avais chaud d'un coup, les gens me regardaient disaient ''qu'est-ce qui lui arrive ? Elle est toute rouge, elle transpire qu'est-ce qui se passe ?'' Et moi, ça me gênait... J'attendais avec impatience que ça passe parce que, vraiment, j'étais mal, parce que tout de suite c'est vrai qu'on sentait les regards parce qu'on devenait rouge et puis surtout, c'est de sentir qu'on transpire à grosses gouttes, que ça tombe, ça alors, ça me gênait ! Ça, j'aimais pas parce que les gens disaient ''qu'est-ce qu'elle a ? Pourquoi est-ce qu'elle transpire comme ça ?'. On le sentait aux regards. ''Qu'est-ce qu'elle a ?'', ça c'était vraiment la pire chose » (Monique, 57 ans, vendeuse).*

D'autre part, le lieu de travail est fréquemment évoqué, notamment par les femmes qui exercent une profession de type cadre supérieur dans de grandes entreprises ou qui sont en contact avec le public. La perturbation liée aux bouffées de chaleur apparaît particulièrement prégnante dans le contexte professionnel où rapports de pouvoir et gestion de soi sont au cœur des interactions. Si les bouffées de chaleur viennent rompre le pacte d'invisibilité du corps en vigueur dans notre espace social, c'est encore plus vrai dans la sphère professionnelle car ce pacte participe tacitement du contrat de travail. Les femmes qui occupent des fonctions de cadres supérieurs ou qui ont la charge d'une clientèle soulignent toutes le malaise engendré par l'irruption de cette manifestation corporelle au sein du cadre professionnel :

« quand j'avais une bouffée de chaleur, je me retrouvais en eau ! Alors quand t'es au boulot, où t'as tes clients, les gens se demandaient ce qui se passe, tu deviens rouge, t'es en sueur, t'es à la limite du malaise, t'as l'impression que tu vas étouffer, t'as envie de te déshabiller, tu vas vers la fenêtre, t'as besoin de respirer, enfin, t'es vraiment mal à l'aise ! » (Inès, 59 ans, agent immobilier)
« j'en ai vraiment bavé avec les bouffées de chaleur, c'est très désagréable, surtout dans la journée, quand on est en pleine réunion avec des gens, qu'on travaille, qu'on devient rouge comme une pivoine, c'est extrêmement désagréable, on a très chaud, on transpire, on sent mauvais, les gens le remarquent, enfin… peut-être que certaines personnes le remarquent, peut-être que moi, je pense qu'elles le remarquent alors qu'elles ne le remarquent pas, mais le résultat est quand même moyen. C'est toujours très négatif. Du coup, ça déstabilise, on n'est pas concentré de la même façon… » (Julie, 54 ans, urbaniste)
« les bouffées de chaleur, c'est embêtant. Quand tu étais, comme moi, en permanence avec des gens dans le boulot et que ça t'arrive sans crier gare, parce que tu n'es pas bien… Imagine que tu as 39 de fièvre comme ça, dans la minute qui suit ! Tu perds tes moyens ! Il n'y a pas que le côté physique, tu ne te sens pas bien, donc si tu ne te sens pas bien et que tu es en plein négociation avec quelqu'un dans le travail, tu perds tes moyens ! » (Claude, 65 ans, cadre commerciale à la retraite).

Ces propos illustrent le fait que les bouffées de chaleur viennent en contradiction de l'image que ces interviewées doivent donner d'elles-mêmes. Dans le même sens, Pascale rapporte l'inquiétude qui la tenaillait quand elle n'était pas sûre de pouvoir répondre à l'injonction à l'invisibilité du corps du fait de bouffées de chaleur dans le cadre de réunions de travail :

« quand ça m'arrivait, j'essayais de faire comme si, mais vous êtes plus trop dans la réunion, vous vous dites ''pourvu que ça se voit pas'', ''pourvu que ça n'empire pas et que je sois obligée de sortir en prétextant…''. C'est des instants un peu délicats où vous pensez presque plus au regard des autres qu'à vous, vous vous dites ''pourvu que ça n'aille pas au point d'avoir une attitude qui fait qu'on me remarque''… » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique).

Lors d'une bouffée de chaleur, il s'agit pour ces femmes de « savoir manipuler de l'information concernant une déficience : l'exposer ou ne pas l'exposer ; la dire ou ne pas la dire ; feindre ou ne pas feindre ; mentir ou ne pas mentir ; et, dans chaque cas, à qui, comment, où et quand » (Goffman, 1975, p. 57). Les propos de Josépha éclairent la dimension centrale de la rupture opérée par les bouffées de chaleur dans le système d'interaction professionnelle. Elle souligne, en effet, le sentiment de chance qu'elle a éprouvé d'avoir le loisir de cacher sa condition dans le cadre processionnel :

« c'est vraiment désagréable les bouffées de chaleur, et encore j'ai eu de la chance, ça ne m'est pas arrivé trop souvent au travail et puis je n'avais pas contact avec le public, j'étais dans un bureau, donc bien contente ! Quand

ça arrivait, ''oups !'', je me mettais dans mon petit coin ! » (Joséphа, 62 ans, assistante de direction à la retraite).

Des propos de ces interviewées surgit bien moins le désagrément en soi, que ses conséquences lorsqu'elles sont soumises au regard et à la proximité de l'autre au sein de l'interaction. En ce sens, les perceptions dont font part ces femmes sont celles d'individus dont le corps ne sait plus disparaître : leur corps prend alors trop de place et manque à répondre à l'injonction d'être ce « corps présent-absent » (Le Breton, 2003, p. 126). Si ces femmes évoquent gêne et honte, c'est que les bouffées de chaleur viennent rompre l'équilibre du système de l'interaction : elles relèvent, en effet, de la rupture du devoir d'effacement ritualisé dont le corps est l'objet dans notre espace social. Pour être accepté au sein de l'interaction, le corps se doit de s'effacer. Or, dans une bouffée de chaleur surgit l'intime : celui de la transpiration et du rougissement. Le regard de l'autre est alors confronté à la corporéité : le sang affleure à la peau, la sueur perle des pores. L'intrusion du corps de l'autre peut même se faire tactile, en cas de poignée de main, voire olfactive, si l'odeur de la transpiration peine à être régulée par un déodorant. Or, « la question sociale n'est pas seulement une question d'éthique, mais aussi une question de nez » (Simmel, 1999, p. 638). Puisqu'au sein des interactions quotidiennes acceptables, « le corps se fait invisible (…) ; son épaisseur est gommée par les ritualités sociales » (Le Breton, 1995, p. 23), son surgissement est vécu d'une manière inconfortable par les acteurs de la scène. Lors d'une bouffée de chaleur, le corps vient, en effet, s'intercaler au sein de l'interaction : la transpiration, la rougeur et la luisance du visage prennent importunément le pas au sein de la scène. Si la transpiration est bien au cœur de la gêne éprouvée par ces femmes, c'est que, dans notre espace social, la sueur est investie de représentations dépréciées liées, non seulement à un supposé manque d'hygiène, mais surtout, à un manque de tenue : se joue là une question de morale. Si certaines sueurs sont tolérées, celles du sportif par exemple, c'est parce qu'elles trouvent leur justification dans une activité positivée et en acquièrent un caractère noble. Ce n'est pas le cas pour la sueur des bouffées de chaleur : celle-ci ne se voit pas justifiée, mais vient, au contraire, rompre un ordre. Au-delà de la propreté, la sueur vient rompre l'ordre d'invisibilité du corps et de ses manifestations qui prévaut dans l'espace de la ville et des interactions professionnelles pour ces femmes. Cette sueur relève de l'intrusion obscène : elle témoigne de leurs difficultés à canaliser le corps. Le dégoût qu'elle suscite se lie symboliquement à la crainte d'une contamination. Le surgissement du corps au sein de l'interaction sociale ouvre une brèche pour le désordre et l'incertitude : « tout ce qui interfère directement avec l'étiquette et les mécanismes de la communication constitue pour

l'interaction une entrave permanente » (Goffman, 1975, p. 125), impossible à négliger pour les acteurs en présence, l'individu qui éprouve la bouffée de chaleur comme ses interlocuteurs. Les affects du premier se divisent en triptyque : d'une part, l'anxiété de « perdre la face » (Goffman, 1974, p. 9) du fait de son échec à canaliser son corps. En effet, lors d'une bouffée de chaleur, le corps trahit la réalité de l'individu. Celui-ci n'est plus vécu comme un allié docile, sachant faire oublier son organicité, mais comme un étranger faisant intrusion. Nous touchons ici à la question du potentiel de disqualification sociale associé aux bouffées de chaleur, car si « la face sociale d'une personne est souvent son bien le plus précieux (…) ce n'est qu'un prêt que lui consent la société » (Goffman, 1974, p. 13). D'autre part, l'individu éprouve la gêne de perturber l'interaction, dont chaque partie prenante est responsable. Enfin, est en jeu l'embarras d'imposer son corps aux interlocuteurs. Ces derniers éprouvent, quant à eux, un malaise d'être confronté à l'intime du corps de l'autre et une incertitude quant au bon déroulement de l'interaction en cours. Alors que « chaque fois que l'individu apparaît dans une manifestation sociale ou dans un cadre fixé, sa mise et ses manières sont généralement accordées aux évènements en cours » (Goffman, 1973, tome 2, p. 129), les bouffées de chaleur viennent bousculer le parcours habituel des interactions.

Produit de notre espace social, le « répertoire » (Goffman, 1974, p. 16) des actions visant à juguler l'évènement des bouffées de chaleur en public est codifié. Ces actions ont pour but la conservation de « la face » pour l'individu, voire son rétablissement, et la reprise de l'interaction : les femmes font ainsi en sorte que « ce qui offense la sensibilité [soit] relégué dans la coulisse, loin de la vie sociale » (Elias, 1973, p. 259). Lorsque ces interviewées ressentent des bouffées de chaleur, il s'agit alors pour elles de *« ne pas se laisser aller »*, de *« se ressaisir »,* de recouvrer leurs moyens et leur mise. Elles vont ainsi *« se rafraîchir »* afin de reprendre, pratiquement et symboliquement, forme humaine. Elles usent, à cet effet, de l'une des stratégies afin de revenir à la contenance de mise dans les interactions sociales : s'éloigner des autres acteurs et ouvrir une fenêtre dans son bureau, se lever de son fauteuil et faire quelque pas lors d'une réunion, se passer discrètement un mouchoir ou une lingette sur les mains, le décolleté, le visage pendant un voyage en train, s'absenter et se rendre aux toilettes pour se passer de l'eau fraîche sur le visage et les mains quand on est au restaurant. Lorsqu'il est impossible de cacher une fonction corporelle, « on a recours à un rituel social sophistiqué et à des formules verbales respectueuses des normes de la pudeur, qui aident à surmonter la honte, l'embarras, la peur et les autres émotions suscitées par ces forces motrices de la vie humaine » (Elias, 1973, pp. 416-417). Nous retrouvons dans chacune de ces

stratégies l'éloignement du groupe, soit dans les faits quand l'individu change de pièce et s'isole pour effectuer des ablutions visant à lui conférer à nouveau une mise acceptable par le groupe, soit un éloignement symbolique, par une sorte de contagion positive accordée par l'air *pur* que l'individu reçoit à la fenêtre, par l'absorption de la sueur par le mouchoir *blanc* ou encore par l'apposition du fluide *sain* de la lingette. Nous sommes là en présence d'un « geste d'isolement » (Elias, 1973, p. 259).

La gestion des bouffées de chaleur en public nous paraît éminemment significative. La contrainte de gestion déployée par ces femmes lors d'épisodes de bouffées de chaleur et sa forme n'ont rien de naturel : « ce sont les structures mêmes de la vie sociale qui la suggèrent » (Elias, 1973, p. 412). La capacité de l'individu à ne pas rompre l'équilibre de l'interaction ou à le rétablir, à y maintenir une participation efficace, sont de l'ordre de la compétence à une mise en scène de soi conforme. Ainsi, en se conformant à l'attente sociale et en ayant recours à une des techniques précitées, l'individu signifie avant tout aux autres acteurs de la scène qu'il a conscience que l'évènement de la bouffée de chaleur outrepasse la bienséance et qu'il prend en charge la responsabilité de s'y conformer à nouveau au plus vite. Les techniques utilisées lors de bouffées de chaleur visent à démontrer que l'individu « peut toujours faire un participant responsable des procédures rituelles, et que les règles de conduite qu'il a apparemment enfreintes sont toujours sacrées, réelles et solides » (Goffman, 1974, p. 23). Nous constatons qu'y déroger se révèlerait suffisamment stigmatisant pour que ces femmes développent de véritables stratégies, afin d'éviter « cette sorte d'anomie qui se produit quand s'effondre ce système social en miniature que constitue l'interaction face à face » (Goffman, 1973, p. 21), ou, tout du moins, d'y mettre un terme. Les stratégies déployées par ces interviewées lors de bouffées de chaleur en public nous montrent à quel point « le corps de la femme doit être à la fois l'expression de son autocontrôle et de sa performativité » (Boëtsch, 2008, p. 301).

L'injonction au silence du corps se fait ainsi encore plus prégnante dans l'espace professionnel, où plus qu'ailleurs, la chair se doit d'être invisible et muette : l'individualité s'efface derrière l'individu au travail. Dans l'environnement professionnel, *a fortiori* celui aseptisé et uniforme des grandes multinationales et institutions s'éprouve de manière prégnante « ce mur invisible de réactions affectives se dressant entre les corps, les repoussant et les isolant, (…) il se manifeste déjà dans le sentiment de gêne que nous éprouvons en assistant à certaines fonctions physiques, et très souvent à leur évocation, il se manifeste aussi dans le sentiment de honte qui s'empare de nous quand certaines de nos fonctions physiques

sont exposées aux regards des autres, et parfois même quand nous prenons conscience de leur existence » (Elias, 1973, pp. 149-150). Le contrôle social y est particulièrement sévère afin de préserver une « société pacifiée » (*Ibid.,* p. 175). Les propos de ces femmes révèlent ainsi que l'invisibilisation des bouffées de chaleur participe du « comportement policé » (*Ibid.,* p. 178) qu'elles se doivent d'observer afin de conserver leur statut au sein de leur univers professionnel. Il apparaît que « le seuil de ce que nous ressentons comme pénible et intolérable » (*Ibid.*) varie selon la situation dans laquelle l'individu est plongé.

Pour ces interviewées, les bouffées de chaleur sont « une présence ennemie à juguler » (Laplantine, 1986, p. 110). Ce surgissement de la nature doit être maîtrisé : « le corps, comme incarnation de soi, doit faire la paix avec son fonctionnement biologique, et cette paix n'est possible que si ce fonctionnement est appréhendé ''en contexte'', c'est-à-dire comme un ensemble de fonctions qui, n'ayant qu'une importance secondaire dans notre vie sociale, n'ont aucun titre à occuper le centre de notre attention » (Goffman, 1991, p. 65). Dans ce cadre, le traitement hormonal constitue pour elles un moyen de canaliser la nature en soi :

> *« les bouffées de chaleur, ça s'est passé assez vite, grâce au gynéco, avec la maîtrise grâce au médicament, les choses se sont calmées. C'est bien parce que ça a été maîtrisé les choses » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique).*

Face à la déstabilisation engendrée par les bouffées de chaleur, le THS fonctionne comme instrument de « maintenance de la réalité » pour elles car il leur permet de renouer avec un corps performant :

> *« le désagrément de la ménopause, c'est que tu as un problème physique à régler : les bouffées de chaleur. C'est pour ça, en fait, qu'on ne reste pas sans aller voir un gynécologue, parce que tu te dis ''je ne vais pas continuer, il faut que ça cesse''. Les bouffées de chaleur, c'est embêtant quand tu étais, comme moi, en permanence avec des gens et que ça t'arrive sans crier gare ! Tu perds tes moyens ! Mais ça n'a pas duré, parce que le traitement supprimait complètement ça. Quand j'ai un problème, je m'en occupe immédiatement… » (Claude, 65 ans, cadre commerciale à la retraite)*
> *« à la ménopause, je n'ai réagi qu'en fonction des inconvénients physiques que j'ai vécus, auxquels j'ai essayé de remédier, le problème c'était les bouffées de chaleur qui me mettaient dans des états pas possibles, c'est pour ça que j'ai commencé à prendre le traitement hormonal » (Inès, 59 ans, agent immobilier)*
> *« au début, quand je voyais ces bouffées de chaleur, ça m'a chagrinée, c'était mon gros désagrément. Mais il ne faut ne pas se complaire dans ces bouffées de chaleur, il ne faut pas se laisser aller, il ne faut pas perdre de temps, il faut tout de suite réagir et prendre un traitement ! Il faut mettre l'accent sur le traitement, je crois que c'est la meilleure des choses » (Josépha, 62 ans, assistante de direction à la retraite).*

Chez ce type d'interviewées, le traitement des bouffées de chaleur renvoie « à une préoccupation de gestion, ou tout du moins de maîtrise de la vie » (Pierret, *in* Augé et Herzlich, 1984, p. 242). Dans une optique gestionnaire, la notion de maîtrise de soi se double de l'idée de performance. Le traitement hormonal, qui invisibilise le stigmate, permet à ces interviewées de retrouver au plus vite un « corps fiable » (Le Breton, 2003, p. 166) et digne d'une place au sein des interactions.

Si pour les femmes vivant en contexte urbain, *a fortiori* les CSP supérieures, les bouffées de chaleur, vécues sur le mode du stigmate, opèrent comme déstabilisation de la réalité, nous allons maintenant montrer que pour les femmes résidant en contexte rural, *a fortiori* de CSP populaires, les bouffées de chaleur ne mettent pas en jeu les mêmes représentations et n'engendrent ni les mêmes perceptions ni les mêmes pratiques.

2.2.2 Les bouffées de chaleur ou la « bonne » nature en soi : l'endurance face au signe légitime

Pour les femmes vivant en contexte rural, *a fortiori* les CSP populaires, les bouffées de chaleur constituent un facteur de confirmation de la réalité. Ces interviewées perçoivent, en effet, ce signe comme une manifestation légitime de la nature en soi et leur opposent une endurance valorisée. Chez ces interviewées, à la représentation du « corps-machine » s'agrègent des références à la nature : le corps est également perçu comme le lieu d'une nature à la fois habilitante et démiurgique. Dans leurs propos, cette nature apparaît comme une entité dotée d'une efficace dont il ne faut pas contrecarrer les desseins :

> *« je laisse la nature faire. S'il y a des passages de bouffée de chaleur, de suées nocturnes, on n'y peut rien, il faut laisser la nature faire, laisser le corps faire » (Sophie, 55 ans, secrétaire)*
> *« la ménopause, c'est la nature, c'est comme l'eau, si elle coule dans un sens, si vous lui mettez un barrage pour qu'elle aille dans un autre sens, elle va y aller d'abord, et puis un jour ou l'autre elle ira dans un autre sens, c'est ça la nature, et la ménopause, c'est pareil, il faut laisser aller, sinon vous allez contre la nature et un jour ou l'autre, la nature va vous rattraper et là, vous allez le payer » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire)*
> *« je me dis si le corps a la ménopause, c'est que c'est prévu pour, c'est naturel, c'est comme ça, les femmes à partir de 50 ans, il y a la transformation qui se fait donc je dis ''il ne faut pas essayer de changer la nature'' » (Annette, 57 ans, institutrice à la retraite).*

Ces interviewées font, ainsi, part d'une acceptation du signe, avec pour prisme la nature, ses cycles et rythmes, ses lois et ses secrets. Dans cette conception naturaliste, la ménopause

et ses manifestations sont perçues comme non séparées de soi : elles sont « véritablement nous » (Laplantine, 1986, p. 244). « Je » est, en effet, le lieu de la nature, de ses plaisirs comme de ses tourments. En ce sens, les bouffées de chaleur constituent pour ces interviewées un signe légitime : elles sont le signe de la nature en soi. Ces manifestations font partie intégrante d'une expérience ni invalidante ni délétère. Pour ce type d'interviewées, on doit ainsi accueillir la ménopause physiologique sans trop s'appesantir sur ses signes, perçus comme des manifestations inévitables, pas toujours agréables, mais logiques : la nature a ses raisons que la raison ne connaît pas. La nature sait : elle se régule et il ne faut pas l'empêcher d'œuvrer. On subit cette nature, mais surtout elle nous agit :

> *« oui, les bouffées de chaleur, c'est casse-pied, mais, de toutes façons, ça passe. C'est ce qu'il faut se dire, c'est pas en se posant des questions, en se lamentant, ça sert à rien, c'est la nature ! On peut pas faire grand-chose. C'est le cycle de la nature, dame nature fait ce qu'elle veut ! C'est vrai, c'est ce qu'il faut se dire ! » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire)*

Aux bouffées de chaleur, ces interviewées opposent leur endurance :

> *« moi, je suis une battante. À la ménopause, dans sa tête, il faut se dire que c'est rien, ça passe et puis voilà ! Ces bouffées de chaleur, c'est vrai que c'est très désagréable mais moi, je ne m'écoute pas, donc j'ai passé outre et hop ! On continue » (Pauline, 55 ans, assistante maternelle).*
> *« ces bouffées de chaleur, on a l'impression qu'on va éclater, on est en feu, ben, j'attendais que ça passe ! En classe, avec les enfants, j'assurais, je passais par-dessus, je m'occupais des enfants et puis c'est tout, il fallait s'occuper des gamins d'abord et puis on ouvre la fenêtre, on s'aère comme on peut ! Donc il n'y a pas de raison, on continue. Donc j'ai réussi à tenir deux ans comme ça. Il fallait tenir » (Annette, 57 ans, institutrice à la retraite)*
> *« les bouffées de chaleur, bon, on a chaud, hein, c'est pénible, mais on se ventile et ça passe ! C'est vrai, j'ai des bouffées de chaleur de temps en temps, mais, la bouffée, elle vient, elle part et puis c'est tout ! Moi, je m'écoute pas trop » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire).*

Aux yeux de ces interviewées, les bouffées de chaleur, parce qu'elles signifient la nature en soi, ne viennent pas en contradiction de l'image de soi. Ce signe ne constitue pas une déstabilisation de la réalité. Au contraire, savoir faire preuve d'endurance fonctionne comme confirmation de la réalité chez ces femmes.

Pour ce type d'interviewées, si malaises il y a à la période de la ménopause, ils sont d'ordre psychologique et concernent des femmes qui s'écoutent trop :

> *«la ménopause, c'est lié aussi qu'il y a des femmes qui se créent le problème, ça vient de la tête aussi d'être mal à la ménopause. Les femmes qui ont peur d'avoir des rides et des bouffées de chaleur, c'est aussi à cause de leur confort » (Pauline, 55 ans, assistante maternelle)*

« si on se sent malade à la ménopause, c'est dans la tête des gens ça, des gens, c'est des ''t'as mal où''. Pour eux, avoir une bouffée de chaleur, c'est ''ça y est je vais avoir encore une bouffée de chaleur !''. Les ''t'as mal où'', j'aime pas ça, ça sert à rien d'aller tous les 4 matins chez le médecin pour un rhume. Pour la ménopause, pareil, t'es ménopausée, ok, tu passes à autre chose, t'as des bouffées de chaleur, ça sert à rien de s'écouter. Il y en a qui font tout un truc, ''ah, je vais être ménopausée'', et alors, qu'est-ce que ça peut faire ? Il faut laisser pisser, c'est rien ! Tu laisses passer, ça va se passer! » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire)

Ces propos viennent éclairer le fait que les individus des catégories populaires « réprouvent celui qui ''s'écoute trop'' et qui ''passe sa vie chez le médecin'' et (…) valorisent la ''dureté au mal''» (Boltanski, 1971, p. 219). Dans les entretiens, ces interviewées soulignent leur endurance. C'est avec fierté qu'elles nous donnent des exemples de leur capacité à supporter les épreuves physiques :

« vous voyez, j'ai eu un cancer du sein et j'ai jamais arrêté de travailler ! J'ai été opérée, je suis restée quatre jours à l'hôpital, alors que normalement, on reste huit jours ! Et depuis, je me suis jamais arrêtée ! » (Pauline, 55 ans, assistante maternelle)
« pour la ligature des trompes, c'est rapide, vous entrez le matin à dix heures et à quatre heures de l'après-midi vous ressortez, impeccable. Je m'en souviendrais toujours, parce que j'ai même pas demandé un arrêt de travail et je suis allée au boulot avec un petit pansement sur le bide hein ! Et un boulot qui était assez physique parce que je faisais de la boulangerie à Auchan, donc debout toute la journée et il fallait que je sorte les brioches des grandes échelles, c'était assez physique, mais je l'ai fait ! Le médecin m'a proposé une semaine d'arrêt mais j'ai dit ''non, pour quoi faire ? Je suis pas malade !'' » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire).

Dans son enquête sur les représentations de la santé, Pierret met en évidence des représentations similaires parmi les individus de catégories populaires et certains agriculteurs qu'elle a rencontrés. À leurs yeux, « on n'a pas le temps de s'écouter et de ''trop'' penser à soi. Cela est, de toutes façons, bien ainsi car à trop s'écouter ''on se ramollit'', et on tombe malade. Il importe donc de savoir se dominer et prendre sur soi » (Pierret, *in* Augé et Herzlich, 1984, p. 238). Nos interviewées souscrivent également à cette « morale de l'endurance et du devoir » (Pierret, *in* Augé et Herzlich, 1984, p. 238) qui construit leur expérience des manifestations corporelles à la ménopause.

Parmi ces interviewées, en outre, une femme a évoqué la question de l'irruption de bouffées de chaleur dans le cadre professionnel. Dans ses propos il n'a pas été question d'interactions rendues plus épineuses par ces manifestations, mais de la pénibilité du travail lui-même. Ainsi, alors que Claude et Inès, respectivement cadre supérieur à la retraite et agent immobilier dans une agence luxueuse de Paris, évoquaient le malaise d'avoir une bouffée de

chaleur devant des collègues ou des clients, Roselyne, manutentionnaire dans une usine de zone rurale, aborde ses conditions de travail et le surcroît de pénibilité engendré par les bouffées de chaleur : *« cette année, j'ai eu pas mal de bouffées de chaleur et au travail c'était gênant parce qu'à l'usine c'est chaud, on fait de la soudure, donc il y a beaucoup de fours, il fait toujours très chaud là-dedans, donc plus les bouffées de chaleur, j'étais plutôt mal ! ».* Pour autant, elle se refuse à prendre un traitement hormonal.

La prise d'un traitement hormonal n'est, en effet, pas une pratique valorisée chez ces interviewées qui se défient d'un médicament perçu comme un objet non naturel. À leurs yeux, prendre un THS signifie « ne pas faire confiance à la nature, se substituer à elle par une médication résolument destructrice » (Laplantine, 1986, p. 243) :

> *« le traitement hormonal, c'est quand même un peu contre-nature. Prendre des hormones, non, le corps tout seul il se débrouille bien ! Donc il faut laisser les choses se faire naturellement, ne pas aller contre, laisser faire la nature » (Patricia, 58 ans, art thérapeute)*
> *« les fameux traitements hormonaux, c'était aller contre la nature, et les gens qui ont pris des traitements hormonaux ils sont en train de le payer, parce que ça développe des cancers » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire)*
> *« la ménopause, c'est le cycle de la vie donc je pense qu'on peut rien. C'est pour ça je suis contre les médicaments pour empêcher que. Il faut laisser faire… Si on a la ménopause à cet âge-là, si ça existe, c'est qu'il y a bien une raison. L'organisme doit dire ''stop, on arrête, ton corps ne veut plus de gosses, il faut arrêter''. C'est pour ça, est-ce que c'est un bien de prolonger avec ces hormones ? C'est comme les gens qui construisent au bord des rivières et qu'après c'est inondé : pourquoi qu'avant on construisait pas au bord des rivières ? Il y a bien une raison. Et là, pourquoi il y a la ménopause ? ? Il y a bien une raison. Tout ce qui est chimique, pourquoi vouloir prolonger à la ménopause ? Si l'organisme a dit ''non'', il a dit ''non'' ! » (Pauline, 55 ans, assistante maternelle)*

Parmi ces interviewées, la plupart ont eu recours à un traitement par les plantes. Alors qu'elles jugent le THS artificiel et nocif, le recours à un traitement par les plantes, permet, à leurs yeux, de guérir le même (la nature en soi/les bouffées de chaleur) par le même (la nature/les plantes). Cet usage relève d'un principe des similitudes : pour ces femmes, « le recours aux thérapeutiques ''douces''(…) représente un moyen homologue à la ''nature'' et à la santé fondamentale de l'homme » (Herzlich, *in* Augé et Herzlich, 1984, p. 213) :

> *« je prends des gélules, c'est naturel, il y a des plantes dedans… J'ai entendu dire qu'il fallait mieux éviter tout ce qui est médicamenteux, avec des produits actifs chimiques, les hormones, la contrepartie chimique quoi. Tout ce qui est médicament, il y a des effets secondaires, ça génère d'autres choses derrière, c'est pas très sain, à partir du moment où c'est pas naturel, ça peut déclencher autre chose. Avec des choses plutôt naturelles, à base de plantes, il n'y a pas d'effets nocifs » (Léa, 52 ans, chargée de paie)*

La défiance de ces interviewées vis-à-vis du traitement hormonal recoupe la défiance des femmes rencontrées par Durif-Bruckert vis-à-vis de la pilule, perçue comme « agent hormonal étranger » (Durif-Bruckert, 1994, p. 85). Parmi ses interviewées, rapporte l'anthropologue, une majorité perçoit la pilule comme « une intrusion, comme quelque chose qui s'immisce dans le déroulement des cycles ''naturels'' » (Durif-Bruckert, 1994, p. 86). Un mécanisme proche sous-tend les représentations associées aux THS par nos interviewées, qui opèrent une dualité entre « corps naturel » et « corps modifié ».

En tant que signe du corps, les bouffées de chaleur constituent un facteur qui influence la trajectoire de ménopause. En fonction des CSP et les lieux de résidence des femmes rencontrées, différents « critères affectifs de ce qui est tolérable » (Elias, 1973, p. 127) ont émergé, du fait de représentations du corps différentes. En fonction de ces représentations, le signe joue différemment dans l'expérience de ménopause et constitue une déstabilisation ou une confirmation de la réalité subjective. Il apparaît que les bouffées de chaleur « correspondent bien moins à des caractéristiques organiques ''objectives'' du phénomène (…) qu'à sa retranscription en tant que réalité sociale à travers de multiples interprétations et interactions » (Herzlich, *in* Augé et Herzlich, 1984, pp. 196-197). Les représentations associées au THS découlent également de ces conceptions. L'usage des médicaments est, en effet, « inextricablement lié à la représentation des liens entre soi, le produit et le monde » (Fainzang, 2001, p. 47). C'est bien ce lien qui est en jeu pour les femmes. Lorsque le signe du corps est vécu comme stigmate, le traitement hormonal constitue ce qui permet de recréer le lien entre soi et le monde. Au contraire, lorsque le signe du corps est perçu comme l'expression légitime de la nature, le THS viendrait oblitérer le lien entre la nature en soi et la nature du monde, tandis qu'un traitement par les plantes le consolide.

2.3 Le partage de l'univers de signification avec le médecin

Toutes nos interviewées ont abordé la question de la ménopause avec un médecin au cours de la trajectoire de ménopause. L'interaction avec le médecin influence également la trajectoire de ménopause car s'y effectue, ou non, le partage d'une « représentation commune du monde » (Martuccelli, *in* Berger et Luckmann, 2006, p. 22) entre la patiente et le médecin.

Si nos interviewées partagent un substrat de représentations associées à la ménopause et à ses manifestations, d'autres représentations s'y agrègent. Stigmate pour les unes, facteur

d'endurance pour les autres, les représentations des bouffées de chaleur ne sont pas univoques par exemple. Or, « au point qui marque l'entrée en consultation, les conceptions profanes (…) ne sont plus seules : elles entrent en interaction directe et explicite avec celles du médecin » (Freidson, 1984, p. 298). Le médecin constitue, en effet, une « agence de définition de la réalité » (Berger et Luckmann, 2006, p. 255) : il véhicule certaines représentations de la ménopause, de ses conséquences et de la manière dont celles-ci doivent être prises en charge. Dans le cadre de la consultation médicale, se joue donc le partage ou l'absence de partage du « système référentiel » (Freidson, 1984, p. 264) de chaque acteur. Ainsi, de la convergence ou de la divergence entre les conceptions des médecins et celles des patientes découle une confirmation ou une déstabilisation de la réalité subjective de ces dernières.

L'interaction patient-médecin constitue un espace sous-tendu par des mécanismes et des logiques propres. Nous situons « le client et le praticien au sein d'un système analytique unique » (Freidson *in* Herzlich, 1970, p. 226). Si cette interaction ne constitue pas celle de deux acteurs occupant des positions identiques, car elle met en jeu des rapports de savoir et de pouvoir, son analyse demande de ne pas y voir une seule « asymétrie » (Parsons, 1978, p. 33). Chaque interactant y est, en effet, producteur de significations et de pratiques. La consultation médicale fonctionne sur le mode de « l'ordre négocié » (Strauss, 1992a), doté de « caractéristiques fluides, (…) sujettes à de nombreux événements temporels, spatiaux et situationnels venant à la fois de l'intérieur et de l'extérieur » (Strauss, *in* Baszanger, 1986, p. 9). Ainsi, au cours de la consultation médicale, s'il revient souvent au médecin « d'organiser cette pluralité confuse et de lui donner du sens. À lui de ''définir''» (Herzlich, 1984, p. 110) le processus en cours chez le patient, ce dernier n'est pas passif. Les patients participent bien de l'interaction : « leurs accords, leurs refus temporaires et leur définition changeante des situations immédiates sont d'une extrême importance » (Strauss, *in* Baszanger, 1986, p. 9).

Dans le cadre de la consultation médicale au sujet de la ménopause, les objets du partage de significations entre patiente et médecin sont les représentations de la ménopause, de ses conséquences et de son traitement. La question du traitement est au cœur des consultations à la période de la ménopause, qu'il soit désiré par les femmes ou non. Plus particulièrement, le traitement hormonal constitue aujourd'hui le corollaire immédiat de la ménopause (Delanoë, 2001). Sur ce point, Massé et Légaré ont étudié, dans leur enquête par observations de consultations médicales, le poids de la question du THS dans les interactions entre femmes et médecins : « même si les médecins voient la ménopause comme un processus de

vieillissement normal, ils soulignent les conséquences à long-terme de la symptomatologie sur la qualité de vie des femmes, thème qui prend une importance déterminante dans leur discours et la suggestion qu'ils font d'entreprendre un traitement hormonal » (Massé et Légaré, 2001, p. 53, notre traduction). Dans le même sens, Thöer-Fabre a souligné la vive suggestion dont le THS est l'objet de la part des médecins qu'elle a rencontrés. À leurs yeux, la ménopause est une période marquée par les troubles du climatère, altérant la qualité de vie et le bien-être des femmes, entraînant un risque d'ostéoporose et pouvant s'accompagner de troubles de l'humeur et d'états dépressifs. Si Thöer-Fabre souligne que « le THS remplit de multiples fonctions au sein de la relation médecin-patient. Il témoigne tout d'abord de la capacité d'agir des gynécologues, fidélise les patientes et constitue un élément autour duquel s'organise la communication pendant la consultation » (Thöer-Fabre, 2005, p. 188), elle relève également la dimension morale qui sous-tend la prescription du THS. Les médecins perçoivent, en effet, le traitement hormonal comme un outil de restauration de la performance, qui s'intègre dans une forme d'éthique du « bien-vieillir » à laquelle les femmes sont enjointes à répondre positivement, sous peine d'être considérées comme déviantes. À leur sens le THS constitue « une avancée technologique, un progrès indéniable pour la santé des femmes, les aidant à passer le cap de la ménopause. Ils regrettent la méfiance des femmes à l'égard de ce traitement qui a ''vraiment des effets positifs [et dont elles] étaient les premières à bénéficier''. Plusieurs médecins jugent ainsi que les femmes qui ne s'engagent pas dans une hormonothérapie, qui ne sont pas ''coopérantes'', font preuve d'une attitude rétrograde ou peu responsable. À l'inverse, les femmes qui s'engagent dans un THS témoignent de leur volonté de ''bien vieillir'' » (Thöer-Fabre, 2005, p. 183). Dans le contexte actuel, la question du traitement de la ménopause constitue bien le socle de la consultation médicale. Elle traverse très largement l'expérience des consultations médicales des femmes que nous avons rencontrées.

Si les médecins mobilisent un système référentiel au cours des interactions, les patientes font de même. Nous avons vu, dans le chapitre IV, que les propos de nos interviewées laissent largement apparaître leur « acculturation au savoir médical » (Laplantine, 1986, p. 247) : les schèmes de la biomédecine sont les leurs. Loin de constituer un savoir idiosyncrasique et individualisé, nos interviewées partagent ce « monde commun » de la ménopause. Plus précisément, dans notre contexte actuel, « le savoir que les patients détiennent ne leur vient pas que de la relation médecin/malade ; il provient également des médias, qui se font parfois l'écho de l'industrie pharmaceutique » (Fainzang, *in* Collin *et al.,* 2006, p. 268). Les relais

culturels du discours médical se doublent d'intérêts économiques et participent de la culture partagée de la ménopause par les femmes. Nous avons vu qu'en termes de représentations le modèle de ménopause chez nos interviewés est endogène et soustractif (Laplantine, 1986) : la ménopause est, en effet, perçue comme agitation de la nature en soi et résultat de la perte d'hormones. À ce modèle s'agrègent des représentations différentes chez les femmes selon leur CSP et leur lieu de résidence. Il existe bien « une pensée ''profane'' sur la santé et la maladie, répondant à une logique indépendante du savoir des ''professionnels'' (les médecins) » (Adam et Herzlich, 2004, p. 68). Dysfonctionnement de la machine corporelle qu'il s'agit de réparer avec une pharmacopée additive chez les unes, signe légitime de la nature en soi qu'il faut savoir endurer avec l'usage d'une médecine des mêmes chez les autres : les représentations que nos interviewées associent à la ménopause s'enrichissent de références hétérogènes. À ces représentations et références s'ajoute, en outre, le contexte corporel de l'individu au moment de la ménopause, et plus particulièrement l'histoire des prises médicamenteuses (telle que la pilule) et l'histoire gynécologique (troubles, opérations). Tous ces éléments participent de l'univers de représentations de chaque femme. Ainsi, la très grande majorité des femmes rencontrées vient en consultation avec ses propres représentations de la ménopause et des médicaments, et plus particulièrement du traitement hormonal. Elles ne se présentent pas, telle une page blanche, face à un expert qui imposerait ses significations et déciderait pour elles de la prise ou non d'un traitement. Les propos de nos interviewées illustrent bien l'antériorité de leurs opinions au sujet du THS. La plupart souligne les convictions, positives ou négatives, qu'elles avaient à ce sujet avant de se rendre en consultation :

> *« j'avais pas envie de prendre de médicaments. Prendre des hormones, ça me disait trop rien. Je l'avais dit au gynéco. Si j'avais eu des symptômes, j'aurais plutôt pris du soja » (Hélène, 62 ans, cadre dans l'édition)*
> *« quand je suis allée voir le médecin, je voulais un traitement hormonal » (Julie, 54 ans, urbaniste).*

Certaines, *a minima*, font part d'un « *a priori* » positif ou négatif sur ce traitement :

> *« moi, j'avais pas vraiment d'idée sur les hormones, mais j'étais pas contre » (Josépha, 62 ans, assistante de direction à la retraite)*
> *« en fait, je savais pas si j'étais pour ou contre les hormones. (...) Ce qu'il y a, c'est qu'on entend quand même des choses sur les cancers… » (Mylène, 52 ans, secrétaire).*

Si la question du traitement de la ménopause possède une place déterminante au cours de l'interaction entre patientes et médecins, celle-ci va mettre plus largement en jeu « le degré de

congruence entre la culture de la clientèle et celle du médecin » (Freidson *in* Herzlich, 1970, p. 229).

2.3.1 La coopération dans l'interaction femme-médecin, un processus de légitimation des représentations, du savoir et de l'expérience individuelle

Au cours de la consultation médicale, la confirmation de la réalité subjective est opérée lorsque les conceptions de la patiente et du médecin quant à la manière de concevoir la ménopause, ses conséquences et leur prise en charge convergent. Ce type d'interaction est caractérisé par un « travail sur les sentiments » (Strauss *et al.,* 1982, p. 254, notre traduction) de la part du médecin, qui constitue « un élément de tout type de travail opéré sur un objet vivant, doué de sensations et de réactions, soit par nécessité afin que le travail puisse être fait efficacement, soit pour des considérations humanistes. Le travail sur les sentiments a sa source dans le fait élémentaire que tout travail fait avec ou sur des êtres humains doit prendre en compte leurs réactions à ce travail instrumental (ce qu'est le travail médical) » (*Ibid*.). Il passe notamment par un « travail de confiance », un « travail biographique » ainsi que la prise en compte du point de vue des patientes (Strauss *et al.,* 1982).

Les configurations de confirmation de la réalité subjective se retrouvent dans un type d'interaction caractérisé par un « motif de coopération » (Freidson, 1984, p. 316) entre les deux acteurs. La coopération ne s'effectue pas dans un sens unilatéral : elle peut être le fait du médecin comme celui de la patiente. Le médecin peut, ainsi, endosser un rôle de « guide » (Freidson, 1984) pour ce qui est du traitement, qu'il en soit ou non le promoteur :

> *« quand je suis allée la voir, j'ai demandé à ma gynéco ce qu'elle pensait du traitement hormonal. Elle m'a dit ''je n'en vois pas l'utilité, ces hormones déclenchent des cancers, plus ça va, moins les personnes font de traitement hormonal'', donc je n'ai rien fait » (Évelyne, 59 ans, sans emploi)*
> *« a priori, j'étais pas contre les hormones, moi. J'ai eu des bouffées de chaleur et quand j'en ai parlé à mon médecin, il m'a dit de prendre le traitement. Il m'a tout bien expliqué, les bienfaits contre les bouffées de chaleur, pour la peau aussi, tout le confort que ça allait m'apporter » (Joséphа, 62 ans, assistante de direction à la retraite).*

Lorsque la direction vers laquelle le médecin les mène ne va pas à l'encontre de leurs propres définitions, les significations n'apparaissent pas imposées aux patientes : « dans la mesure où la culture du patient est conforme à celle du médecin, il y a des chances pour que l'autorité de ce dernier soit acquise par avance et renforcée au cours du traitement, car ce qu'il

diagnostique et prescrit correspond à l'attente du client, et la communication entre eux est relativement facile » (Freidson, 1984, p. 316). Les propos de ces interviewées sont ainsi sous-tendus par le sentiment d'avoir participé au choix, lequel a été éclairé par le médecin.

Le processus de coopération n'est, toutefois, pas unilatéral. Ainsi, certaines femmes rencontrées évoquent un rapport quelque peu instrumental au médecin. Elles le décrivent comme prescripteur d'une thérapeutique déjà souhaitée par elles :

> *« j'ai vu le gynéco, mais moi personnellement, je voulais pas d'hormones, je lui ai dit et elle m'a donné un petit traitement sans hormones » (Léa, 52 ans, chargée de paie)*
> *« le gynéco, celui que j'ai pris dans le deuxième temps, je suis allée le voir parce que je voulais les hormones, je lui ai demandé de me prescrire le traitement » (Annette, 57 ans, institutrice à la retraite).*

Ces interviewées rapportent ainsi une configuration d'interactions au cours desquelles « c'est le patient qui est le guide et le médecin qui coopère » (Freidson, 1984, p. 314). Ce type de relation instrumentale illustre plus généralement « une ''attrition'' du rôle du médecin, (…) considéré essentiellement comme prescripteur, intermédiaire obligé entre le médicament prescrit et le patient » (Collin, 2002, p. 144). Ceci apparaît d'autant plus dans les consultations médicales en ville, comme c'est le cas pour nos interviewées, où « l'interaction a des chances d'être assez libre entre le médecin et le patient, ce dernier la créant et la contrôlant en partie » (Freidson, 1984, pp. 312-313).

Les expériences de confirmation de la réalité laissent entrevoir un mécanisme d'alliance entre médecin et patiente dans l'usage que font ces interviewées du terme « on », englobant les deux acteurs de l'interaction dans une sorte d'entité tournée vers un but partagé :

> *« il y a vraiment une relation de confiance avec le gynéco, (...), je prends le traitement depuis 14 ans maintenant, quand je vais le voir, on dit ''on continue'' » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique)*
> *« je vais voir mon gynéco tous les 6 mois et on fait le point lui et moi » (Josépha, 62 ans, assistante de direction à la retraite).*

L'usage du champ lexical de l'échange et de la proximité sous-tend les propos de ce type d'interviewées au sujet de la tonalité des interactions avec leur médecin. Ces propos illustrent ainsi le « travail de confiance » (Strauss *et al.,* 1982, p. 261, notre traduction) réalisé par le médecin :

> *« avec ma gynéco, les rendez-vous, c'était vraiment un dialogue » (Claude, 65 ans, cadre commerciale à la retraite)*
> *« il y a vraiment une relation de confiance avec le gynéco, c'est quelqu'un de très bien, avec lui, je me sens en confiance » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique)*

« mon gynéco est de bon conseil, c'est mon confident lui ! » (Joséphа, 62 ans, assistante de direction à la retraite).

Ainsi, c'est dans le cadre d'interactions sous-tendues par « une bonne communication, la diffusion régulière d'informations claires, une écoute surtout » (Collin, 2002, p. 154) que se réalise une confirmation de la réalité pour les femmes rencontrées. Nous allons voir que cette confirmation découle de la légitimation des représentations, des savoirs et des compétences de la patiente.

Les expériences de Bernadette et Pascale illustrent ainsi une confirmation de leurs représentations de la ménopause dans l'interaction avec leur médecin. Bernadette est commerçante dans un centre urbain. La ménopause constitue, pour elle, un problème qui mérite solution. Elle considère le traitement hormonal comme une réponse moderne et adéquate face aux risques qui découlent de la ménopause. À ses yeux, son gynécologue l'a enjoint, fort à propos, à entreprendre un traitement hormonal :

« ce que je souhaitais surtout, c'est que ça se passe bien la ménopause, parce qu'on sait que ça peut découler sur des problèmes, c'est quand même une histoire de santé. Donc quand la ménopause est là, il faut se soigner, s'apporter des œstrogènes. Donc c'est pour ça que, quand ma gynécologue m'a dit ''il faudra bien prendre votre traitement hormonal'', j'ai toujours bien suivi. J'ai pris le traitement hormonal depuis l'âge de 48 ans et j'ai toujours bien vécu. (...) Avec le traitement, il y a beaucoup de choses que j'ai évitées, parce que ça vous apporte des œstrogènes que vous ne produisez plus » (Bernadette, 62 ans, commerçante).

Pascale souligne également le fait que son médecin a apporté une réponse appropriée à ses bouffées de chaleur, sous la forme d'un traitement hormonal qu'elle juge pertinent. Cadre dans la fonction publique, elle vit, en effet, ces manifestations comme stigmate :

« l'important, c'est le fait que mon gynéco a tout de suite pris en compte quand je lui parlais de mes bouffées de chaleur. D'autres auraient peut-être dit ''bon, c'est naturel, continuez, ça fait partie de la nature, c'est rien, il faut laisser faire '', mais lui a pris en compte mes premières bouffées de chaleur, il m'a demandé si ça me gênait, il a compris que je voulais un petit quelque chose, je lui en ai parlé, je lui ai dit que je travaillais, que j'étais assez souvent en réunion, que souvent j'animais des réunions et que ça me gênait un peu dans ma tête à ce moment-là. ''Bon je vais vous donner ça''. Et il m'a donné tout de suite le traitement » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique).

L'interaction avec le médecin constitue pour Bernadette et Pascale un épisode de partage du fait de « l'adhésion à un même modèle de référence » (Laplantine, 1986, p. 263). Le partage de signification opère comme confirmation de leur réalité pour ces interviewées.

L'expérience de Roselyne fait intervenir des représentations différentes de la ménopause, de ses conséquences et des traitements, mais une logique de confirmation identique lors de l'interaction avec le médecin. Vivant à la campagne et travaillant dans une petite usine, Roselyne ne s'appesantit pas sur des bouffées de chaleur qu'elle considère comme un signe légitime de la nature en soi. Son médecin n'insiste pas dessus non plus et l'a confirmée dans son choix de prendre des compléments alimentaires pour atténuer ces manifestations. Il adopte ainsi « une position neutre, positive, à l'égard des ''croyances'' de sa patiente » (Good, 1998, p. 216) :

> *« quand j'ai été déréglée, je suis allée voir le médecin, il m'a dit ''c'est la ménopause''. Comme j'ai des bouffées de chaleur, il m'a demandé si je voulais prendre quelque chose, j'ai dit ''non''. Donc voilà. Juste, de temps en temps je prends du Manahé, parce qu'il y a pas d'hormones dedans. J'en ai parlé au médecin et il m'a dit '' écoutez, si ça marche pas besoin de prendre autre chose'' » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire).*

Pour ces interviewées, l'interaction chez le médecin vient confirmer leurs représentations. Ainsi, qu'elles perçoivent les bouffées de chaleur comme un problème auquel il faut opposer une solution chimique ou une manifestation légitime à prendre en compte par un remède naturel, leurs représentations sont restées stables car l'interaction avec le médecin a été l'occasion de les valider. Ce type d'interactions est marqué par un « travail sur les sentiments » réalisé par le médecin, caractérisé par l'écoute et la validation des compétences de la patiente. Ces interviewées ont, en effet, été légitimées dans un rôle d'« évaluation des symptômes et de leur sévérité » (Baszanger, 1986, p. 20) : leur capacité à juger de leur expérience et du bien-fondé du recours à un type de traitement est reconnue par le médecin. En ce sens, leurs savoirs et leurs compétences, et de ce fait leur capacité à participer du processus à l'œuvre, sont légitimés.

L'alliance et le choix d'une thérapeutique ne sont pas forcément définitifs. Ils sont, en effet, suspendus aux résultats de la thérapeutique ainsi qu'aux informations diffusées dans d'autres espaces légitimés, tels que les médias. Ainsi, certaines interviewées qui prenaient un traitement hormonal à l'époque des résultats de l'enquête WHI, démontrant les rapports entre prise d'un THS et cancers, rapportent qu'elles ont arrêté le traitement à ce moment. Là encore, la consultation médicale a pu être un processus de confirmation pour certaines, car les médecins ont validé leur choix de mettre un terme à un traitement qu'elles jugent dangereux :

> *« j'ai arrêté au bout de 10 ans, quand il y a eu cette polémique américaine, je suis allée voir la gynéco et je lui ai dit ''qu'est-ce que vous en pensez de tout ce qui se raconte ?''. Je me souviens qu'elle avait regardé mon dossier ''oui, vous en prenez depuis tant d'années, ce serait bien que vous arrêtiez,*

essayez d'arrêter, effectivement, compte tenu de ce qu'on raconte, ça serait bien si vous arrêtiez''. Au cas où ça se passerait mal, elle m'a donné d'autres trucs, ''si vous avez un problème, je vous donne autre chose'', et puis, en fait, j'ai arrêté » (Claude, 65 ans, cadre commerciale à la retraite)

« j'ai pris un traitement hormonal pendant 5 ans et puis au moment où j'ai commencé à entendre que ces traitements étaient dangereux, j'en ai discuté avec la gynéco, je me souviens que je travaillais déjà dans une bibliothèque médicale et je voyais bien qu'il y avait des articles inquiétants sur les traitements donc j'en ai discuté avec elle pour au moins réduire, elle aussi s'est informée et on a décidé qu'il valait mieux arrêter » (Rose, 58 ans, bibliothécaire).

Comme l'illustrent ces propos, le processus de négociation de la thérapeutique n'est pas achevé au terme de la consultation médicale : il se joue également en dehors.

Dans l'interaction entre médecin et patiente, les configurations de confirmation de la réalité subjective sont caractérisées par la coopération. Au sujet de la ménopause, de ses conséquences et de son traitement, le « partage d'un terreau de valeurs » (Massé et Légaré, 2001, p. 53, notre traduction) est à l'œuvre entre les deux interactants. Ce type d'interaction est sous-tendu par le travail sur les sentiments réalisé par le médecin, lequel implique « inévitablement la prise en compte du point de vue du client » (Strauss *et al.,* 1982, p. 276, notre traduction). Une légitimation des représentations, savoirs et compétences des patientes s'y fait jour. Si le partage de significations avec le médecin dans le cadre de la rituelle consultation médicale à la ménopause est un facteur de confirmation de la réalité subjective, son absence est, au contraire, un puissant facteur de déstabilisation de la réalité, comme nous allons le voir maintenant.

2.3.2 Imposition de significations et persuasion : quand la consultation médicale devient processus de délégitimation

Lorsque les représentations du médecin et de la patiente quant à la manière de concevoir la ménopause, ses conséquences et leur prise en charge ne s'accordent pas, nous observons une déstabilisation, voire une infirmation, de la réalité subjective chez cette dernière.

La divergence entre les représentations de la patiente et du médecin est un puissant facteur de déstabilisation de la réalité subjective. C'est le cas pour Julie et Inès, dont les représentations et les compétences ne sont pas légitimées au cours de consultations médicales

à l'opposé d'une « configuration de la participation mutuelle » (Freidson, 1984, p. 316) et marquées par une absence de travail sur les sentiments de la part du médecin.

Ainsi, à son souhait de prendre un traitement hormonal afin d'atténuer ses bouffées de chaleur, Julie s'est vue opposer un refus de la part du médecin qui lui avait fait une hystérectomie préventive. Elle souligne avoir éprouvé un vif sentiment d'incompréhension mêlé de colère face à un discours qu'elle a perçu comme une violence :

> *« après mon opération, je voulais prendre des hormones de substitution. C'est moi qui voulais, parce que j'avais des bouffées de chaleur. Quand je lui en ai parlé, le médecin m'a engueulé ! Il m'a dit : ''ça sert à quoi que je vous ai enlevé les ovaires si vous prenez du THS ?!''. Je me suis dit ''mais enfin, il n'est pas à ma place, il ne sait pas ce que c'est les bouffées de chaleur ou les suées nocturnes, le fait de devenir rouge comme une pivoine au milieu d'une réunion !''. Ah, ça m'a énervée comme argument ! C'était vraiment comme s'il me disait : ''moi, j'ai réparé votre mécanique et maintenant vous allez casser votre bagnole ! C'est quoi cette bonne femme ?!'' » (Julie, 54 ans, urbaniste).*

De son côté, ayant pris la pilule pendant de longues années, Inès explique avoir eu de vives réticences à entreprendre le traitement hormonal recommandé avec insistance par sa gynécologue. La prise du traitement est l'objet d'un premier refus, puis Inès l'accepte pour finalement l'arrêter. Elle souligne l'obstination de son médecin au cours des consultations:

> *« quand j'ai commencé à avoir pas mal de bouffées de chaleur, ma gynéco m'a dit, ''mais non, il faut absolument passer à la vitesse supérieure ! Il faut faire un traitement hormonal !''. Moi, j'avais un peu un blocage par rapport au fait de prendre des hormones et ma gynéco m'a dit, ''mais si, si, il faut en prendre, pour que ça aille mieux, pour mieux le vivre, vous allez retrouver votre forme''. Elle a insisté et tout. Moi, je voulais pas trop des hormones, parce que moi, des hormones, j'en ai quand même pris pas mal, j'ai pris la pilule longtemps quand j'étais jeune, assez fortement dosée, pendant plusieurs années, des pilules assez fortes… Je me suis dit ''je l'ai prise beaucoup, est-ce que c'est pas un peu too much maintenant de continuer, de replonger là-dedans ?''. Ça me faisait peur, j'avais peur du cancer du sein, des machins, enfin, c'est quand même pas neutre de prendre des hormones, j'avais peur des conséquences physiques en fait, le cancer, ce genre de choses… Comme elle a insisté, j'ai essayé, ça a été une catastrophe ! Alors, je sais pas si c'est le corps, la tête, j'en sais rien, la fameuse gynéco était assez étonnée, mais c'était pire ! Ça a été tout un truc. J'avais de plus en plus de bouffées de chaleur, je dormais pas bien du tout, ça a pas fonctionné comme il fallait, du coup, j'ai laissé tomber ! » (Inès, 59 ans, agent immobilier).*

Les propos de ces interviewées illustrent, d'une part, le fait que lorsque la définition de ce qui est à entreprendre du fait des manifestations de la ménopause n'est pas partagée entre les acteurs de l'interaction, une déstabilisation se fait jour. Alors qu'elle souhaitait prendre des hormones, Julie s'est vu opposer un refus de la part de son médecin, qu'il a formulé en

oblitérant tout travail sur les sentiments. Il a enfreint « l'accord qui sous-tend l'interaction courtoise et non-conflictuelle. Quiconque outrepasse cette règle implicite sera jugé impoli, discourtois, grossier, déplaisant, voire violent » (Strauss *et al.,* 1982, p. 258, notre traduction). Les propos de Julie, et surtout l'usage de l'image de la voiture, illustrent, en outre, la distorsion en jeu entre médecin et patiente, cette dernière désirant être entendue « comme une personne humaine et non seulement un corps meurtri se trouvant confronté à un réparateur d'organe » (Laplantine, 1986, p. 247). Alors que Julie souhaite trouver un remède à des manifestations physiques qui la lestent d'un stigmate, ce médecin le lui refuse et « s'adresse exclusivement au corps mécanique » (Good, 1998, p. 74). Or, le corps n'est pas seulement « un objet physique ou un état physiologique, c'est une part essentielle de son moi » (Good, 1998, p. 246). Aux yeux de Julie, c'est bien l'expérience de son « moi » qui n'est pas entendue par son médecin. De son côté, alors qu'elle y est rétive, Inès se voit enjointe à la prise d'un traitement hormonal. Ses propos laissent entrevoir un même malentendu, au sens propre du terme, dans l'interaction avec son gynécologue. Ce malentendu se double, en outre, d'« un processus de persuasion » (Massé et Légaré, 2001, p. 61, notre traduction) de la part du médecin. Massé et Légaré rapportent que ce procédé est souvent utilisé par les médecins qu'ils ont observés, dans le but de convaincre les patientes des bénéfices du THS : la consultation médicale est largement basée sur un travail de conviction des avantages du THS plutôt que sur une négociation. Les tensions dans la relation au médecin évoquées par Julie et Inès renvoient « à des problèmes de communication, non seulement entre deux acteurs (le médecin et le patient), mais aussi entre deux modèles de compréhension » (Massé et Légaré, 2001, p. 45). Leurs propos illustrent le fait que les médecins ont plaqué leurs injonctions sans prendre en compte le fait que ces patientes ne partageaient pas leur définition de la ménopause et des médicaments.

D'autre part, la question de la légitimité des patientes à participer au processus à l'œuvre est également en jeu. Pour ces interviewées, en effet, si le médecin possède un savoir en termes biologiques, elles possèdent un savoir en termes expérientiels. À leurs yeux, ces deux compétences ne sont ni contradictoires ni hiérarchisées. Elles mettent ainsi en avant l'expérience de leur corps propre comme aussi légitime que le savoir technique du médecin. Julie souligne ainsi la légitimité de sa demande d'un THS du fait de son expérience des bouffées de chaleur, quand Inès met en exergue l'inadéquation d'un traitement hormonal du fait de très longues années passées sous pilule. Or, au sein de l'interaction médicale, leur « rôle d'évaluateur » (Baszanger, 1986, p. 20) n'est pas légitimé par le médecin. Elles se sont

ainsi vues imposer à la fois l'évaluation de leur symptôme et le dispositif à mettre en place pour le traiter. Ce type d'interactions est caractérisé par le fait que le médecin n'a pas réalisé le travail indispensable au partage de significations : « chez un patient, le sentiment d'avoir été humilié, insulté, (…) le ressentiment à l'idée d'être traité comme un objet sont liés à des échecs du travail sur les sentiments » (Strauss *et al.,* 1982, p. 274, notre traduction).

La question de la prise en compte du « point de vue » de la patiente, c'est-à-dire de son système de références et de son parcours biographique est également en jeu dans les expériences d'Annette et de Marie-Claire. Leurs représentations comme leurs savoirs se voient délégitimés au sein de l'interaction avec le médecin. Ainsi Annette, refusant le traitement hormonal proposé par son médecin, évoque devant lui la possibilité d'un traitement par des plantes, auquel il oppose son mépris :

> *« le premier médecin que j'ai vu au début de la ménopause, je lui ai parlé des bouffées de chaleur, alors il a suggéré que je prenne le traitement hormonal, mais moi j'ai refusé. Pour moi, c'est un médicament, c'est chimique. Moi, je voulais que ça se passe le plus naturellement possible. Je lui ai parlé d'autres moyens, il y a plein d'autres remèdes contre les bouffées de chaleur, des remèdes chinois, mexicains, des remèdes aux plantes. Et mon médecin disait ''oh, les plantes, pfff'' ! J'ai dit ''bon ! ben, merci ! Je vais aller chercher moi-même !'' » (Annette, 57 ans, institutrice à la retraite).*

De son côté Marie-Claire souligne le sentiment d'avoir été dupée par sa gynécologue qui lui a prescrit le traitement hormonal dans une sorte de continuité « naturelle » de la pilule alors qu'elle n'éprouvait pas de manifestations corporelles et sans que soit établi le bienfondé du traitement :

> *« ma gynéco m'a proposé un traitement hormonal substitutif que j'ai pris pendant 5 ans, c'est elle qui me l'avait proposé, mais après tout, est-ce que j'en avais besoin ? Je savais pas. Je l'ai pris sur ses conseils. Elle me disait que comme je prenais la pilule, ça serait bien d'arrêter, ''par contre je vais vous donner un traitement qui ressemble un peu à ça, ça va permettre de contrecarrer les bouffées de chaleur'' que je n'avais pas ! les douleurs que je n'avais pas ! Donc je suis passée de la pilule au traitement. Mais avoir eu le traitement hormonal et voir finalement qu'on me l'a donné sans savoir si vraiment j'en avais besoin, voir les études disant que c'était pas conseillé de le donner à tout le monde, là je me suis méfiée ! Et j'ai arrêté le traitement » (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite)*

Les propos de ces interviewées illustrent des interactions au sein desquelles le médecin paraît « fixé sur le travail médical principal plus que sur l'identité du patient, son parcours biographique, son comportement, (…), ce qui accroît grandement le risque d'éveiller la colère ou la rage, d'engendrer des tensions, de heurter les sensibilités, et peut même être interprété

comme une ‘‘insulte’’ » (Strauss *et al.,* 1982, p. 257, notre traduction). Ces interviewées soulignent et dénoncent le processus d’objectivation à l’œuvre : elles sont perçues comme des corps et non des individus, sujet d’une histoire et de représentations particulières. Or, au sein des consultations médicales au sujet de la ménopause, « les patientes attendent une forme de réassurance dans l’interaction avec le médecin. Cette réassurance prendrait la forme d’informations adaptées à leur cas particulier et d’une écoute de la part du médecin au sujet de leur expérience personnelle » (Massé et Légaré, 2001, p. 53, notre traduction). C’est bien ce travail biographique qui fait ici défaut et engendre une déstabilisation de la réalité chez ces interviewées.

Parmi les femmes qui ont fait l’expérience de ce type de processus, l’interaction avec le médecin ne se résout pas en conflit ouvert. Ces interviewées rapportent ainsi le plus souvent avoir gardé leur désaccord pour elles, être reparties avec une ordonnance et avoir choisi, une fois seules, la non-observance (ou la prise, puis l’arrêt) du traitement prescrit. Leurs propos illustrent bien que « la soumission à l’égard du médecin n’équivaut pas à une soumission à sa prescription » (Fainzang, 2001, p. 122) :

> *« quand j’ai décidé d’arrêter, j’ai terminé ma boîte, je me souviens c’était en décembre et je n’ai pas repris le traitement et je ne suis pas retournée en acheter » (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite)*
> *« ma gynéco m’a prescrit un traitement hormonal que j’ai suivi pendant 3 mois mais je l’ai arrêté parce que je l’ai pas supporté, ça me faisait très mal aux seins, j’étais pas bien du tout » (Mylène, 52 ans, secrétaire).*

Aussi, il apparaît que les enjeux de l’interaction médicale se négocient également en dehors de celle-ci : l’inobservance du traitement prescrit par le médecin constitue, en effet, pour certaines interviewées, une forme de négociation face aux « pressions informelles » (Berger, 2006, p. 108). Le processus d’inobservance constitue un signe d’autonomie, car « qui dit autonomie, dit possibilité de gérer son traitement, de juger de sa pertinence, et de prendre des décisions qui peuvent contrevenir aux prescriptions médicales » (Fainzang, *in* Collin *et al.,* 2006, p. 270). Impositions de significations et processus de persuasion n’oblitèrent en rien l’agentivité de ces interviewées.

Déstabilisées dans leurs représentations, ces interviewées se sont trouvées en recherche de nouvelle agence de définition. En effet, lorsque les définitions de la patiente contredisent celles du médecin, « ce n’est pas à lui que conduira le processus de référence » (Freidson *in* Herzlich, 1970, p. 230). Trouver un espace de confirmation de ses représentations constitue une manière « de reconquérir un certain contrôle de la situation » (Herzlich et Pierret, 1984,

p. 248). Ce travail de maintenance de la réalité a pu s'opérer pour les interviewées qui ont trouvé des agences de définition entrant en résonnance avec les leurs : il s'agit d'un autre médecin, d'un représentant d'une profession paramédicale (pharmacien), de pairs et de forums sur Internet, lesquels participent désormais du « système référentiel profane » (Freidson *in* Herzlich, 1970, p. 229) et constituent une source d'informations dont les femmes font usage lorsque l'interaction avec le médecin n'est pas sous-tendue par un partage de significations :

> *« après l'autre imbécile, je suis allée voir une gynéco qui m'a dit ''vous pouvez prendre ça'', elle m'a dit ''si vous prenez tel traitement, il n'y a pas raisons qu'il y ait de problèmes'' donc voilà, je prends le traitement hormonal depuis » (Julie, 54 ans, urbaniste)*
> *« je suis allée voir ma pharmacienne et j'ai pris des petits moyens comme ça, un peu empiriques, des petits trucs au soja, ça m'avait fait beaucoup de bien » (Inès, 59 ans, agent immobilier)*
> *«je me suis renseignée, j'ai cherché sur internet, les plantes pour lutter contre la ménopause. J'ai tapé comme ça et si quelque chose m'intéressait j'allais voir… Ma belle-sœur m'a aussi parlé, les plantes dont elle me parlait, la sauge, j'ai essayé, j'achetais ça sur le marché » (Annette, 57 ans, institutrice à la retraite).*

Si ces interviewées ont trouvé une agence de définition permettant la restauration de leur réalité, ce n'est pas le cas de Mylène, qui vit, de ce fait, une expérience d'infirmation. Cette interviewées évoque ainsi l'arrêt du THS, prescrit par sa gynécologue, du fait de sévères effets secondaires. Elle se méfie désormais de ce médecin qui lui a prescrit un traitement ne lui convenant pas. Sa recherche de solutions alternatives, auprès de pairs et sur internet, la laisse, pour l'instant, désemparée :

> *« moi je suis complètement déboussolée. Comme j'avais des très vilaines bouffées de chaleur, ma gynéco m'avait prescrit un substitutif hormonal. Mais, ça m'a rendu complètement malade ! Alors, j'ai tout arrêté. J'ai été sur le forum internet doctissimo parce que ça me travaillait que la gynéco m'ait donné un truc qui ne me convienne pas et qui me fasse des symptômes. La gynéco, j'ai moins confiance en elle depuis qu'elle m'a dit ''prenez donc ce traitement, vous allez être bien'' et en fin de compte, je me retrouve tellement mal ! Donc je demande des conseils par-ci par-là. Mais la plupart de mes amies ne prennent pas ça parce qu'elles ont peur des effets secondaires, elles m'ont dit ''ça peut provoquer ci et ça''. Enfin, je me pose surtout beaucoup de questions, je suis un peu perdue » (Mylène, 52 ans, secrétaire).*

Si « le rejet du THS est souvent associé à une expérience mal vécue ou non concluante de ce traitement » (Thöer-Fabre, 2005, p. 166), l'infirmation vécue par Mylène découle bien de l'absence d'agence de définition légitime à ce sujet.

Comme nous l'avons vu, le processus de négociation de la thérapeutique, qui se joue également en dehors de la consultation médicale, peut être l'occasion d'une confirmation de la réalité pour les femmes. Si Claude et Bernadette ont été légitimées par leur médecin dans leur souhait d'arrêter le THS au moment de la publication des résultats de l'étude WHI, ce n'est pas le cas pour Marie-Claire. Lorsque cette interviewée fait savoir à sa gynécologue qu'elle a arrêté de prendre le traitement, celle-ci non seulement ne la soutient pas, mais lui prescrit un nouveau médicament dont elle ne veut pas :

> *« avant je faisais complètement confiance à ma gynéco… Sauf qu'après quand je suis allée la voir, je lui ai dit que j'avais arrêté le traitement, elle m'a dit ''c'est votre choix'' ! Elle m'avait dit '' oh, les Américaines ne prenaient pas les même choses que les Françaises''. Et elle m'a proposé un autre médicament qui a été interdit après ! Mais, là je dois dire je ne l'ai pas pris, un médicament qui jouait un peu au niveau du système nerveux, je me méfie et je ne le prends pas, et heureusement parce qu'il est interdit maintenant ! C'est bizarre, elle m'a prescrit des médicaments dont je ne ressentais pas le besoin…» (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite).*

Lorsque les représentations du médecin et de la patiente quant à la manière de concevoir la ménopause, ses conséquences et leur prise en charge ne s'accordent pas, nous observons une déstabilisation, voire une infirmation, de la réalité subjective chez cette dernière. Dans ce type d'interactions, l'absence de travail des sentiments se double parfois d'une forme d'imposition de significations, voire de persuasion de la part du médecin. Or, le travail des sentiments participe « du maintien et de l'accroissement du sentiment d'identité » (Strauss *et al.,* 1982, p. 264, notre traduction). En ce sens, la déstabilisation qui se fait jour pour ce type d'interviewées renvoie à la question de la légitimité des femmes en tant que sujet au sein de l'interaction avec le médecin.

Le partage de l'univers de signification avec le médecin constitue pour toutes les femmes rencontrées un facteur influençant la trajectoire de la ménopause. Si, dans le contexte de la ménopause, « la consultation médicale constitue un cadre au sein duquel patient et médecin expriment et reproduisent chacun des valeurs » (Massé et Légaré, 2001, p. 62, notre traduction), ce qui joue dans la trajectoire des femmes est le fait que ces valeurs soient, ou non, partagées. Les propos de nos interviewées illustrent le fait que la consultation au sujet de la ménopause n'entraîne pas véritablement de négociation, mais bien plutôt la mise en présence de deux systèmes de représentations qui s'avèrent, ou non, congruents. Dans ce cadre, le travail sur les sentiments possède une place fondamentale. Lorsque les représentations du médecin coïncident avec celles de la patiente, la réalité subjective de celle-ci se voit confirmée, parce que son savoir et son expérience sont légitimés. Au contraire, une

déstabilisation, voire une infirmation de la réalité subjective de la patiente, se fait jour lorsque la consultation médicale n'est pas le lieu d'un partage de représentations entre elle et le médecin. Imposition de significations et persuasion caractérisent ce type d'interactions, sous-tendu par une absence de travail sur les sentiments.

2.4 Le partage de l'univers de signification avec l'autrui significatif

Le partage de l'univers de signification avec l'autrui significatif constitue le quatrième facteur influençant la trajectoire de ménopause. Par « autrui significatif », nous entendons l'individu qui partage la vie des femmes rencontrées, être particulier pour ces dernières car « les autrui significatifs occupent une place centrale dans l'économie de la maintenance de la réalité. Ils sont particulièrement importants dans la confirmation continue de cet élément crucial de la réalité que nous appelons l'identité » (Berger et Luckmann, 2006, p. 252). Parmi les 30 femmes rencontrées, 29 avaient un.e partenaire au cours de la période de la ménopause[466]. Du partage de l'univers de signification avec le partenaire au sujet de la ménopause dépend une confirmation ou une déstabilisation de la réalité subjective pour les femmes rencontrées, comme nous allons le voir maintenant.

La relation de couple consiste en un « lien durable de proximité émotionnelle entre deux personnes » (Giddens, 2004, p. 76). Une des caractéristiques de ce mode de relation, tel que nous l'entendons dans notre contexte actuel, est que « chacun des deux partenaires a la possibilité d'y mettre fin plus ou moins délibérément, à n'importe quel moment » (*Ibid.,* p. 170). Plus précisément, les relations de couple consistent « en une série au plus haut point complexe d'interactions devant faire l'objet de négociations et d'''arrangements'' incessants (…) au sein desquelles un vocabulaire se rapportant notamment à ''l'engagement'' et à ''l'intimité'' occupe désormais une place centrale » (*Ibid.,* p. 18). En outre, la relation de couple ne s'affranchit pas des rapports sociaux. Le couple est un lieu de rapports de pouvoir. Il est un espace éminent de reproduction des inégalités de sexe (Tabet, 1985 ; Guillaumin, 1992 ; Delphy, 2001 ; Mathieu, 2013). Ainsi, le genre ne s'arrête pas aux portes des maisons : « ce rapport social est présent et même omniprésent dans le couple, quel qu'y soit le degré de

[466] Pour 28 d'entre elles, le partenaire est un homme. Une de nos interviewées est en couple avec une femme. Ceci était connu de nous car sa fille nous l'avait indiqué, mais cette interviewée n'a pas souhaité évoquer sa vie conjugale pendant l'entretien. Aussi, nous ne pouvons analyser son expérience sur ce point. Nous ne traitons ici que des expériences des 28 autres femmes.

solidarité des conjoints » (Combes, 2011, p. 204). Espace de frottement (de Singly, 2000), d'ennui (Clair, 2011), la relation de couple constitue également le « moyen (non garanti, bien sûr) pour ses membres de conjuguer leurs efforts afin d'avoir prise sur leurs vies » (Combes, 2011, p. 204). Aussi, si nous appréhendons avant tout le couple comme un espace marqué par des rapports sociaux, nous allons également le comprendre comme « lieu de solidarités » (Combes, 2011). Le couple constitue ainsi une relation traversée par les rapports sociaux de sexe tout autant que par des arrangements et des solidarités, et caractérisée par une intimité spécifique entre les partenaires. C'est avec cette compréhension de la relation de couple que nous nous intéressons ici à la dimension essentielle du partage de l'univers de signification avec l'autrui significatif dans les trajectoires de ménopause de nos interviewées.

Berger et Kellner ont mis en évidence le caractère central du couple dans la construction continue de la réalité subjective : « dans la conversation conjugale, non seulement un monde est construit, mais il est maintenu en état d'entretien et continuellement remeublé. Les deux partenaires soutiennent la réalité subjective de ce monde par la même conversation. L'instrumentalité nomique du mariage se concrétise sans cesse du lit à la table du déjeuner, alors que les partenaires poursuivent la conversation sans fin qui s'alimente d'à peu près tout ce qu'ils vivent individuellement ou ensemble » (Berger et Kellner, *in* Berger et Luckmann, 2006, p. 323). Ils analysent l'institution matrimoniale comme « un engagement social qui crée pour l'individu une sorte d'ordre dans lequel sa vie prend un sens » (*Ibid.,* p. 307). Au-delà du mariage en tant que tel, cette analyse s'applique à la relation de couple au sens large.

Au sein de la conversation et des interactions continuelles des partenaires, sont en jeu les « dimensions interprétatives partagées » (Martuccelli, *in* Berger et Luckmann, 2006, p. 17) par les acteurs du couple. Pour que la réalité soit sans cesse soutenue, l'individu a ainsi besoin de « la confirmation explicite et émotionnellement chargée que les autruis significatifs lui fournissent » (Berger et Luckmann, 2006, p. 252). Cette réalité consiste en l'ajustement des définitions propres à chacune des parties : « le problème implicite de cette conversation est d'harmoniser deux définitions individuelles de la réalité » (Berger et Kellner, *in* Berger et Luckmann, 2006, p. 322). Lorsque cette harmonie est effective, « elle valide toujours davantage les définitions fondamentales de la réalité une fois pénétrée, non pas tant bien sûr par une articulation explicite, mais précisément en prenant tacitement les définitions comme allant de soi et en parlant de tous les sujets concevables sur la base de ce donné » (Berger et Kellner, *in* Berger et Luckmann, 2006, p. 311). En outre, la situation conjugale n'est jamais figée, mais toujours l'espace d'un jeu : « à chaque instant les partenaires d'une interaction

évaluent les circonstances et se positionnent mutuellement, en un jeu de réévaluation et de réajustement réciproque (…). La situation ne cesse de se redéfinir, connaissant parfois des rebondissements inattendus » (Le Breton, 2004, p. 50).

Du fait de leurs propres représentations et actions, les autruis significatifs participent de la confirmation ou déstabilisation de la réalité des interviewées lors de l'expérience de la ménopause. Comme nous l'avons avons vu dans le chapitre IV, le fait que la ménopause soit l'objet d'interactions avec le conjoint dépend des CSP et des lieux de résidence de nos interviewées. Ainsi, la ménopause est plutôt l'objet de conversations avec le conjoint chez les femmes de catégories populaires vivant en milieu rural, tandis pour les femmes urbaines et de CSP moyennes et supérieures, elle constitue plus rarement un motif d'interactions dans le couple. Soulignons qu'à part deux interviewées, toutes les femmes rencontrées ont fait savoir à leur compagnon, d'une manière ou d'une autre, qu'elles entraient en période de ménopause. Odette, une interviewée qui n'a pas partagé l'information de sa ménopause avec son partenaire, explique ce refus par le malaise qu'elle éprouve à être ménopausée avant l'âge social approprié :

> *« moi, j'ai du mal à accepter cet état, je suis jeune encore, c'est pour ça que je ne veux pas en parler, la personne avec qui je vis ne le sait pas… C'est personnel… Si je suis de mauvaise humeur et qu'il me dit ''tu vas avoir tes règles'', je ne vais pas le nier ! » (Odette, 49 ans, gérante de société).*

Pour la grande majorité des interviewées, toutefois, la ménopause est connue de leur partenaire. Certaines ont énoncé le processus en cours :

> *« je lui ai dit que j'étais en ménopause, il a réagi normal, il sait que c'est la route de la vie » (Sophie, 55 ans, secrétaire).*

D'autres ont plutôt évoqué les manifestations corporelles, telles que la cessation des règles ou les bouffées de chaleur pour manifester la ménopause :

> *« à mon mari, je lui ai parlé des bouffées de chaleur quand ça a commencé» (Léa, 52 ans, chargée de paie)*
> *« je lui ai dit que j'avais de moins en moins mes règles » (Julie, 54 ans, urbaniste).*

Sur ce point, soulignons que, face aux manifestations corporelles, le regard de l'un prend souvent la place du discours de l'autre :

> *«mon mari s'en est rendu compte. Il a bien vu que j'avais plus de règles, il a bien vu j'avais des bouffées de chaleur et quand il voyait que je faisais une bouffée de chaleur, il disait ''ah, ça, c'est la ménopause'' » (Roselyne, 54 ans, manutentionnaire)*

« ben, mon mari il le sait ! Oui, il le sait, parce que vous savez, quand on a une bouffée de chaleur, c'est pas discret hein ! Donc il le voit, c'est sûr qu'il le voit » (Sophie, 55 ans, secrétaire).

En ce sens, l'expérience de la ménopause peut constituer un énoncé qui n'a pas à se dire. Il est à proprement parler « sous-entendu » entre les deux partenaires.

La ménopause est évoquée chez nos interviewées, quelque soit leur CSP et leur lieu de résidence, si un nouveau partenaire sexuel entre dans leur vie à cette période. Dans le cas de Geneviève, la ménopause est évoquée pour dissiper tout malentendu et affirmer le caractère stérile de cette nouvelle relation sexuelle :

« je ne lui ai rien caché quand on s'est rencontré. Parce qu'il cherchait à refaire sa vie, lui il n'a qu'une fille et je me suis dit ''et si jamais il voulait un deuxième enfant ?'' Donc je l'ai mis au parfum tout de suite, je lui ai dit : ''je ne peux plus avoir d'enfants, donc si t'en veux, tu changes, ce sera pas avec moi!'' Mais il n'en voulait pas d'autres. Il m'a dit ''je ne vais pas faire un enfant à 50 ans'' » (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite).

La ménopause peut également être dite au détour d'une conversation portant sur la protection des rapports sexuels avec le nouveau compagnon, comme c'est le cas pour Bernadette :

« quand j'ai rencontré cette personne, on n'a pas eu des rapports tout de suite, parce que moi, je ne le connaissais pas trop et tout… Je lui ai dit ''tu as fait un test de SIDA ? Parce que je ne te connais pas, tu as peut-être 55 ans, mais moi, j'ai pas envie de… Ou alors tu te protèges. Pas pour ne pas me mettre enceinte, parce que je ne peux plus faire d'enfants, tu t'en doutes bien, à 55 ans, mais je voudrais savoir ce qu'il en est''. C'est comme ça que c'est venu » (Bernadette, 62 ans, commerçante).

Au sein du couple, nous allons analyser la ménopause et ses manifestations rapportées par nos interviewées (bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, sautes d'humeur) comme de l'information (Goffman, 1973). Cette information touche à la « façade personnelle », laquelle désigne les attributs d'une personne, tels que « le sexe, l'âge et les caractéristiques raciales ; la taille et la physionomie ; l'attitude ; la façon de parler ; les mimiques ; les comportements gestuels ; et autres éléments semblables » (Goffman, 1973, tome 1, pp. 30-31). Surgissant dans le cadre du théâtre conjugal, cette information sera différemment définie selon les configurations. Elle sera ainsi diversement intégrée au sein de l'« ordre normatif » (Goffman, 1974, p. 7) qui prévaut dans le couple comme dans toute interaction. L'information que constituent la ménopause et ses manifestations aura, toutefois, toujours des effets car « avec le corps (…) se pose la question de la maintenance du cadre, tout comme les différentes substances qu'il rejette et ses mouvements involontaires poseront les questions des limites du

cadre et des tensions dont il est l'objet » (Goffman, 1991, p. 45). Aussi, c'est bien la question de cette information au sein du cadre constitué par la relation de couple qui est en jeu ici : « les réactions et les affects ne sont personnels qu'incidemment ; ce sont d'abord des effets de cadre » (Goffman, 1991, p. 477). Pour comprendre les effets de cette information, nous nous intéresserons tout particulièrement à la dramaturgie corporelle dont les acteurs l'entourent : coups d'œil, ton de la voix, silences, attention accordée, déplacements effectués, tous ces « messages très discrets, qui n'en sont pas moins perçus, comme tels et comme étant perçus » (Goffman, 1974, p. 32) par les partenaires.

Qu'elle ait été l'objet d'une énonciation ou d'un sous-entendu, la ménopause de nos interviewées est ainsi connue de leur conjoint. Des représentations et des actions du partenaire face à l'information que constituent la ménopause et ses manifestations découle une confirmation ou une déstabilisation de la réalité pour les femmes rencontrées, comme nous allons le voir maintenant.

2.4.1 L'intimité comme terreau de la « bonne distance » et de la « figuration » au sein du couple à la ménopause

Nous observons une confirmation de la réalité chez nos interviewées lorsqu'elles et leur compagnon partagent une même définition de la situation au cours de la ménopause. La mobilisation de l'intimité caractérise ce type d'interactions. Le partage est, en outre, largement sous-tendu par la capacité du partenaire à savoir trouver la « bonne distance » (Caradec, 1994) au sujet de la ménopause et à réaliser un travail de « figuration » (Goffman, 1974, p. 15). Dans ce cadre, l'information que constitue la ménopause ne détruit pas le cadre et l'ordre de l'interaction (Goffman, 1988).

Ayant « trait avant toute chose à la communication émotionnelle avec autrui » (Giddens, 2004, p. 163), l'intimité est au cœur du partage de significations avec l'autrui significatif au sujet de la ménopause. L'intimité est une dimension de l'interaction qui possède des effets : « des activités poursuivies dans la plus grande intimité en viennent aisément à être caractérisées par cette condition spéciale » (Goffman, 1988, p. 192). Au sein de la relation de couple, elle sous-tend la « bonne distance » comme le travail de « figuration », en ce qu'elle est le moyen par lequel le partenaire peut savoir comment les mettre en œuvre : seul un lien

très étroit avec un individu peut donner cette faculté d'ajustement qui se passe de mots. L'intimité constitue, en outre, le partage de pans de la vie que l'on réserve à certaines personnes. Or, nous avons vu que la ménopause n'est pas mondaine. Dans ce cadre, l'intimité partagée avec l'autrui significatif possède une place centrale car elle « signifie avant tout manifester des émotions comme des actions que les individus ne sont spontanément guère enclins à exposer à un regard public plus large. De fait, l'expression ouverte de ce qui demeure dissimulé aux personnes extérieures représente l'un des principaux traits psychologiques susceptibles de susciter la confiance de l'autre et d'être revendiqués en retour » (Giddens, 2004, pp. 171-172). La confirmation de la réalité est ainsi effectuée lorsque l'intimité qui sous-tend la relation avec son partenaire peut être mobilisée par l'interviewée. C'est dans ce contexte d'intimité que peut se réaliser le partage au sujet de l'expérience de la ménopause :

> *« la ménopause, est-ce qu'on peut en parler à n'importe qui ? Peut-être pas. Je pense que pour en parler, on a besoin d'un confident, de quelqu'un à qui on peut en parler librement. Je ne vais pas en parler facilement avec tout le monde, je vais en parler à mon mari, oui ! Il faut trouver une oreille à ce moment-là et moi, j'ai mon mari. C'est quand même quelque chose de très personnel, difficile à expliquer aussi, les sentiments qu'on peut avoir à ce moment-là » (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite).*

Le partage de significations avec le partenaire au sujet de la ménopause implique ainsi un contexte de confiance. Dans ce cadre, les partenaires forment une sorte d' « équipe conjugale » (Goffman, 1973, tome 1, p. 173) partageant des informations que l'un confie à l'autre en sachant qu'elles ne seront pas révélées : « une équipe doit être capable de garder ses secrets » (*Ibid.,* p. 137).

Dans ce contexte d'intimité, le partage de l'univers de signification au sujet de la ménopause passe, tout d'abord, par la capacité du partenaire à savoir trouver la « bonne distance » au sujet de la ménopause et de ses conséquences, c'est-à-dire à se faire, à bon escient, discret ou présent pendant cette période. Sur ce point, les propos des interviewées dont le conjoint observe une distance adéquate sont sous-tendus par une expression commune dans la description de l'attitude de leur conjoint. Elles décrivent, en effet, le fait que celui-ci s'enquiert de savoir *« si ça va », « est-ce que ça va ? »* ou encore *« comment [j]'allais ».* L'usage de ce type d'énoncés met en évidence la compétence de la « bonne distance » et du tact chez le partenaire. En effet, cet énoncé autorise tout autant la prise de distance que le rapprochement du destinataire. Il lui laisse la latitude de donner suite ou non à l'échange et de déterminer les modalités de cet échange s'il y a lieu : « la répétition du ''ça va ?'' est

conforme à cette gestion puisque la personne à qui s'adresse cette question reste libre (en partie) de répondre ce qu'elle veut. Le partenaire qui questionne indique qu'il est disponible en cas de besoin » (de Singly, 2000, p. 110).

Les objets de la « bonne distance » sont la ménopause en tant que telle, mais aussi les bouffées de chaleur, la sécheresse vaginale et les sautes d'humeur. La confirmation de la réalité est opérée, qu'elle que soit la caractéristique de cette distance, quand elle correspond au besoin de l'interviewée. Inès et Lisette expliquent ainsi avoir apprécié le silence de leur mari, lequel répondait harmonieusement à leur désir de ne pas évoquer les bouffées de chaleur par exemple :

> *« mon mari voyait bien que j'avais des suées, bon, tout de suite il a compris que c'était les hormones et que c'était ça, mais on n'en a pas vraiment parlé » (Inès, 59 ans, agent immobilier)*
> *« bon, mon mari savait bien que j'avais mes bouffées de chaleur, mais je ne suis pas rentrée là-dedans, non. En parler ? Non. C'est là, la ménopause est là, voilà… » (Lisette, 57 ans, sans profession).*

Pour ces deux interviewées, les bouffées de chaleur n'ont pas à se dire. Elles appartiennent strictement au « territoire personnel » (Goffman, 1988, p. 195) et doivent y demeurer. Au sein de la vie de couple, cette expérience est vécue par elles comme un des espaces de soi : « la vie commune n'est jamais entièrement commune » (de Singly, 2000, p. 248). Leurs conjoints, en participant de ce silence, respectent leur désir de discrétion et montrent, ce faisant, un partage de leurs représentations. Du fait d'une « bonne distance », ils participent adéquatement de l'ordre de l'interaction : « la vie sociale est fluide et ordonnée dans la mesure où les gens se tiennent volontairement éloignés des lieux, des sujets et des moments où ils seraient importuns » (Goffman, 1974, p. 40). Le mécanisme de « bonne distance » est particulièrement bien illustré par les propos de Corinne, qui soulignent la subtilité qui le sous-tend :

> *« mon conjoint, à cette période de ménopause, il a été rassurant, mais pas collant, dans le sens où il a su être là quand j'en ai eu besoin, mais pas toujours à me poser des questions sur le problème, à avoir trop de compassion qui aurait pu me faire basculer dans le mal-être. Il a su être là comme il fallait » (Corinne, 45 ans, assistante de direction)*

Pour d'autres interviewées, il apparaît important d'évoquer la ménopause, ses significations et ses conséquences avec leur partenaire. La confirmation de la réalité se réalise alors parce que celui-ci se fait harmonieusement témoin et confident de leur expérience, comme l'illustrent les propos de Léa :

« mon mari, je lui ai toujours parlé de tout, on se cache rien. Moi je suis assez spontanée, y'a pas de tabou entre nous ! J'en ai parlé quand la ménopause a commencé. Il voit quand j'arrête pas d'enlever mon gilet, de le remettre, de l'enlever. ''T'as chaud !'' qu'il me dit. Il s'en rend compte. Je lui ai raconté au fur et à mesure en fait, ça me paraissait normal de lui parler de ça comme je lui aurais parlé si j'avais eu mal ailleurs. On est assez libres donc je lui en ai parlé, comme je lui parle de tout » (Léa, 52 ans, chargée de paie).

En répondant de manière cohérente à son désir de partager l'expérience de la ménopause, le mari de Léa vient confirmer la réalité de celle-ci. Elle rend compte d'une continuité dans le cours de leurs interactions : la ménopause n'a été l'occasion d'aucune rupture. Dans une même logique, Geneviève et Josépha évoquent la présence bienveillante de leurs conjoints :

« avec la ménopause, parfois, on est énervé, on n'est pas bien, pas claire, parfois je pète les plombs, mais j'ai un mari charmant, il me laisse péter les plombs ! Donc je lui en ai parlé facilement, c'est une chose normale, la ménopause, c'est pas tabou, on en parle » (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite)
« j'ai dit à mon mari ''j'ai pas mes règles'', il s'est pas affolé, ''c'est peut-être la ménopause''. Et les bouffées de chaleur, il m'a dit ''t'inquiète pas, ça va passer, j'ai bien vu ma mère aussi quand elle avait ça !''. Il m'a rassurée, il s'est dit ''c'est le cours des choses'' » (Josépha, 62 ans, assistante de direction à la retraite).

Si la « bonne distance » est surtout en jeu dans l'expérience des bouffées de chaleur, la question de la sexualité la soulève également. Ainsi, Monique et Geneviève évoquent leur besoin de tranquillité sexuelle, respecté par leurs partenaires :

« au tout début, quand j'étais ménopausée, j'étais très sèche, aussi on n'a pas spécialement envie, on a quand même ce changement de métabolisme, on n'a pas spécialement envie. À la limite, on a plus envie d'être tranquille parce qu'on a tous ces trucs de changements, d'énervements, donc on a plus envie d'être tranquille et mon mari l'a compris » (Monique, 57 ans, vendeuse)
« mon mari est compréhensif parce qu'il sait que j'ai des problèmes de ménopause, j'ai commencé à faire une sécheresse vaginale, donc que j'ai moins de désir sexuel, ça, il l'a compris, il est gentil » (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite).

Les mots et l'écoute constituent des « signes du lien » (Goffman, 1973, p. 186). Dans ce cadre, les propos de ces interviewées illustrent que la relation de couple peut constituer une forme de « ressource sûre » (Goffman, 1988, p. 104) quand le partenaire fait preuve d'un engagement et d'un soutien adéquats. La confirmation de la réalité passe ainsi pour nos interviewées par le maintien d'une « bonne distance » au sujet de la ménopause. Savoir adopter la distance adéquate requiert une attention toute particulière à autrui qui s'acquiert au sein d'une intimité partagée.

Pour certaines interviewées, la ménopause s'insère dans des configurations conjugales de partage de l'expérience gynécologique. Les règles étaient ainsi un sujet de conversation avec leur conjoint :

> *« avec mon mari, on parle librement de tout, je parlais de mes règles, bon, peut-être pas à chaque fois mais on en parlait… Avec mon mari, on s'est toujours… C'est mon confident ! Je lui ai toujours parlé de tout, on se cache rien, y'a pas de tabous et puis il est gentil, il écoute beaucoup » (Léa, 52 ans, chargée de paie)*

Les opérations gynécologiques étaient également partagées :

> *« j'avais des kystes dans l'utérus, donc on en a parlé tous les deux et il m'a demandé ''bon, qu'est-ce qu'il va se passer ?'', je lui ai expliqué ce que c'était, je lui ai tout raconté. Je lui ai dit ''on m'a proposé de l'enlever'' et je lui ai demandé ''qu'est-ce que tu en penses, toi ?'' et il m'a dit ''qu'est-ce que t'en penses ? Qu'est-ce que tu veux faire, toi ?''. J'ai dit ''ça risque de revenir, je préfère l'enlever''. ''Alors, voilà, fais-le'' » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique).*

La ménopause constitue ainsi une période au sein du parcours gynécologique plus large de ces interviewées qui en partagent différents épisodes. Plus encore, certaines mettent en évidence un partage des épreuves de la vie au sein du couple, desquelles la ménopause participe :

> *« la ménopause, il ne faut pas le cacher, au contraire, si l'homme vit avec une femme, mince, il doit savoir avec qui il vit ! On vieillit ensemble, on a les problèmes ensemble, il faut en parler et essayer de s'aider, c'est comme ça que je conçois la vie de couple » (Annette, 57 ans, institutrice à la retraite)*
> *« ah oui c'est important de pouvoir en parler avec son conjoint ! C'est important quelqu'un qui soit à l'écoute ! Mon mari était très à l'écoute. Il a aussi des douleurs de son côté et on en parle, donc on parle de nos douleurs, on les compare ! Donc on est sur la même longueur d'ondes » (Marie-Claire, 61 ans, enseignante à la retraite).*

Si « selon les normes de références, la cohabitation amoureuse demande le partage de bons moments ensemble » (de Singly, 2000, p. 99), aux yeux de ces interviewées, les partenaires doivent également être des soutiens lors des moments plus difficiles. Celles-ci soulignent le caractère mutuel de ce partage, qui est, à leur sens, constitutif d'une relation de couple.

Si la confirmation de la réalité dans l'interaction avec l'autrui significatif passe par le maintien d'une « bonne distance », elle repose également sur « l'acceptation de soi par autrui » (de Singly, 2000, p. 239). Le sentiment d'être acceptée malgré les conséquences de la ménopause, telles que des bouffées de chaleur jugées envahissantes, sous-tend les propos de

certaines femmes. Sophie rapporte ainsi la compréhension dont son conjoint fait part lors de bouffées de chaleur nocturnes dans le lit conjugal qu'il n'a pas déserté :

> *« mon mari, il a pas fait de réflexions, il a été conciliant, quand la nuit je me levais dix fois parce que je transpirais, il m'a pas fait de réflexion, il m'a pas demandé de dormir ailleurs. Au contraire, il est compréhensif, il me plaint, il me dit ''ça doit être pénible'' et il est pas allé dormir ailleurs non plus, alors que la nuit je suis assez agitée, je me lève, je vais me rafraîchir et boire un verre d'eau » (Sophie, 55 ans, secrétaire)*

Quant à Pascale, elle estime que l'écoute et le regard de son mari ont participé d'un sentiment d'être acceptée telle qu'elle est :

> *« sur la ménopause, mon mari a écouté, il m'a dit ''bon, il faut que tu prennes ça en main''. Si vous avez un conjoint qui se ferme rien qu'à ce mot-là, ça peut mettre mal à l'aise, mais si le conjoint le prend de façon naturelle et comprend… C'est important de pouvoir en parler, il a été attentif et compréhensif, il l'a été à cent pour cent. La manière dont se comporte l'entourage très proche est importante : est-ce qu'on vous regarde différemment ? Et si on a des effets tels que ça se voit, est-ce que ça le dérange ? Là-dessus, mon mari m'a écoutée et entendue comme il fallait pour ne pas que je me sente rejetée comme si j'avais une maladie honteuse…» (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique).*

Pour Sophie et Pascale, les questions sont les suivantes : les bouffées de chaleur vont-elles être l'occasion de remarques désobligeantes de la part de leur conjoint ? Va-t-il y opposer de l'agacement ? Se montrera-t-il narquois ? L'enjeu est donc bien, pour elles, « le souci de garder la face » (Goffman, 1974, p. 11). À ce souci, leurs conjoints répondent adéquatement. Les propos de ces interviewées soulignent, ainsi, le travail sur les sentiments opéré par le partenaire, qui consiste dans la relation de couple à « apporter son soutien à la personne chérie (…) en lui faisant sentir son importance (…), en lui montrant qu'il ou elle est acceptée et aimée » (Corbin et Strauss, 1985, p. 245) malgré les maux qu'elle vit. Plus précisément, leurs propos soulèvent la question de « l'information destructrice » (Goffman, 1973, tome 1, p. 137), en ce que les manifestations corporelles à la ménopause peuvent constituer, pour les femmes, une source de discrédit potentiel aux yeux du partenaire. Face au potentiel destructeur de cette information, l'attitude de leur partenaire relève d'un travail de « figuration » : « tout ce qu'entreprend une personne pour que ses actions ne fassent perdre la face à personne » (Goffman, 1974, p. 15). Cette attitude leur a ainsi permis de « sauver la face ». Le conjoint de Sophie n'a pas relevé le désagrément occasionné par ses levers nocturnes et celui de Pascale n'a pas fait montre de regards inhabituels lors de ses bouffées de chaleur : « un individu garde la face lorsque la ligne qu'il suit manifeste une image de lui-

même consistante, c'est à dire appuyée par les jugements et les indications venus des autres participants et confirmés par ce que révèlent les éléments impersonnels de la situation » (Goffman, 1975, p. 10).

Le genre sous-tend le partage de significations avec le conjoint pour nos interviewées car la question de la ménopause met en jeu les représentations du féminin au sein de la relation hétérosexuelle. Les expériences de nos interviewées nous font, en effet, toucher à la dichotomie opérée entre expérience féminine et expérience masculine et à l'asymétrie qui la sous-tend : est ici en jeu « la dimension fondamentalement sociale des distinctions basées sur le sexe » (Scott, 2012, p. 18). Ainsi, les propos de certaines interviewées illustrent la dichotomie entre physiologie féminine et physiologie masculine et l'asymétrie qui la sous-tend. Elles mettent ainsi en évidence le fait que leur conjoint a su ne pas adopter une posture de délégitimation d'une expérience construite comme féminine :

> *« l'attitude de mon mari a été de m'écouter, il n'a pas du tout été ''quoi ? qu'est-ce que c'est ? C'est des histoires de bonnes femmes. Fous-moi la paix avec la ménopause !'' » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique)*
> *« moi, mon mari, je peux lui dire des choses que je dis à des copines. C'est pas le gars qui va me dire ''oh, tes histoires de bonnes femmes ça m'intéresse pas'' ! Il va m'écouter » (Léa, 52 ans, chargée de paie).*

Même si c'est pour souligner que leur conjoint n'a pas fait usage de ce terme, en faisant référence à ces « histoires de bonnes femmes », Pascale et Léa en entérinent la potentialité. Ces interviewées mobilisent, ce faisant, un stéréotype renvoyant les femmes à une physiologie trouble, indigne d'intérêt, encombrante, constituant un potentiel ressort de perturbation de l'ordre de l'interaction. Le genre participe bien du théâtre conjugal. Dans ce cadre, l'élaboration commune de la ménopause n'est pas un ajustement unilatéral : les femmes s'ajustent également aux limites posées par leur partenaire. Sur ce point, les propos de Pascale révèlent les limites du partage avec son conjoint. Cette interviewée indique ainsi avoir compris jusqu'où elle pouvait aller dans la conversation avec lui. Car, si partage il y a eu, celui-ci a dû se cantonner aux limites acceptables pour son compagnon :

> *« mon mari, il entend bien quand je lui parle. Bon, de temps en temps ''oh, c'est les trucs de femmes !''... Il est d'une autre génération ! On le sent pas complètement à l'aise avec ça non plus... ''J'aimerais comprendre, mais je ne sais pas ce que c'est...''. Il m'a écoutée, mais je me rends compte assez vite que ça ne sert pas à grand-chose de rechercher... Lui n'est pas à l'aise avec ce genre de choses, donc je me retire assez vite en ce qui me concerne » (Pascale, 56 ans, secrétaire générale dans la fonction publique).*

Il y a bien pour chaque interviewée, une appréhension des limites du monde de la ménopause chez son partenaire : « tout est question de dosage, acceptable pour les deux parties » (de Singly, 2000, p. 248). Le genre traverse ce dosage, en ce que la ménopause, construite comme épisode d'une physiologie féminine potentiellement perturbatrice, est une information qui doit être manipulée avec assez de tact pour ne pas perturber le cadre et l'ordre de l'interaction.

La présence nouvelle d'un autrui significatif participant de la confirmation de la réalité joue également un rôle dans la manière même dont la ménopause est perçue par les femmes. Dans le cas de Geneviève et Claude, le fait d'avoir rencontré un compagnon à cette époque a joué un rôle déterminant dans la tonalité de l'expérience, c'est-à-dire à la fois dans la place que la ménopause a prise dans leur réalité et dans la confirmation de leur réalité à cette période. Claude explique ainsi que la rencontre d'un nouvel homme à l'époque de la ménopause a remisé la question de la ménopause au second plan de ses préoccupations :

> *« à la ménopause, j'ai commencé une relation à ce moment-là. C'était une période de ma vie assez bousculée, donc ce n'était pas au premier plan, pour moi, la ménopause. Ce qui était au premier plan, c'est le fait que j'ai rencontré un homme. C'était important parce qu'en fait, j'avais tourné la page de mon ancien mari, mon fils avait 18 ans, il avait des tas de copains et je me retrouvais un peu toute seule le samedi soir, donc je me disais que je n'allais pas passer le reste de ma vie enfermée dans un appartement. Voilà, j'ai commencé à sortir et c'est comme ça que j'ai rencontré mon mari… » (Claude, 65 ans, cadre commerciale à la retraite).*

Geneviève souligne que la rencontre de celui qui deviendra son second mari l'a rassurée sur des capacités de séduction que la ménopause aurait pu bousculer à ses yeux :

> *« je pense que si j'avais été seule, la ménopause, peut-être que ça n'aurait pas été la même chose… Mon mari, je l'ai rencontré à cette période. La première fois qu'il m'a vue, je lui ai plu de suite ! Donc j'ai vu que je plaisais encore, donc ça va. Et là, ça fait un an qu'on est mariés » (Geneviève, 58 ans, secrétaire à la retraite).*

Les propos de Claude et Geneviève illustrent le fait que l'autrui significatif à la ménopause produit un effet sur « le poids que l'individu donne au phénomène à l'intérieur de sa définition personnelle de la réalité » (Berger et Luckmann, 2006, p. 255). Nous touchons ici au lien entre trajectoire et biographie. Les trajectoires de ménopause de Claude et Geneviève, en effet, caractérisée par l'existence d'un nouveau compagnon à la période de la ménopause, se teintent alors de la joie de vivre une histoire d'amour : « si les changements de trajectoire ont souvent des impacts importants sur la biographie, les changements

biographiques peuvent également affecter grandement la trajectoire » (Corbin et Strauss, 1985, p. 231, notre traduction).

La confirmation de la réalité est réalisée pour ces femmes dans une interaction avec leur partenaire où se maintient « un univers partagé de significations » (Martuccelli, *in* Berger et Luckmann, 2006, p. 16). La mobilisation de l'intimité caractérise ce type d'interactions. Le partage est sous-tendu par la capacité du partenaire à observer une « bonne distance » au sujet de la ménopause et à réaliser un travail de « figuration ». Dans ce cadre, l'information que constitue la ménopause n'est pas l'occasion d'une rupture du cadre et de l'ordre de l'interaction. Si le partage de significations avec le partenaire à la période de la ménopause est un facteur de confirmation de la réalité subjective, nous allons maintenant montrer que son absence est, au contraire, un facteur de déstabilisation de la réalité.

2.4.2 Intimité et genre : quand la ménopause perturbe le cadre et l'ordre de l'interaction de couple

Une déstabilisation de la réalité se fait jour chez les interviewées pour qui la ménopause ne constitue pas un objet de partage de significations avec le partenaire. Ce type d'interaction est caractérisé par l'impossibilité à mobiliser l'intimité, une différence de représentations associées à la ménopause par les deux partenaires, une distance inadéquate et l'absence de travail sur les sentiments.

Si la mobilisation de l'intimité est fondamentale dans le partage de significations avec le partenaire, elle peut ne pas être une ressource mobilisable, comme le révèle l'expérience de Rose. À la période de la ménopause, Rose avait un compagnon depuis peu. Or, la ménopause apparaît comme un objet à taire lorsque la relation en est à ses prémices chargées de séduction :

> *« un homme ne comprend pas ce qui se passe quand il est à côté de vous dans cette période-là, il comprend rien à ce que vous êtes en train de vivre, c'est pas son souci… C'est quelque chose de personnel, vous le partagez avec d'autres femmes, mais un homme, ça ne lui dit rien du tout… Le compagnon que j'avais à cette période-là, c'est le sentiment que j'ai eu, oui, parce qu'en plus c'était pas un mari, installé depuis longtemps et tout ça, donc pas question d'aller s'étaler sur ces histoires de ménopause… C'est pas du tout valorisant » (Rose, 58 ans, bibliothécaire).*

Le genre est à l'œuvre dans l'expérience de Rose. En effet, les représentations sociales minorantes associées à la ménopause sont la toile de fond de cette relation débutante, qui ne peut mobiliser une intimité pour les contrecarrer. Ces représentations ont ainsi pour effets d'exclure la ménopause de l'interaction si Rose veut « garder la face » (Goffman, 1974, p. 11).

Si l'intimité est le terreau du partage de significations, une distance inadéquate et des représentations différentes de la ménopause entre les partenaires nuisent également au partage, comme nous allons le voir dans les expériences de Julie et Rachel. L'expérience de Julie illustre une absence de partage de significations entre les partenaires. Julie vit, en effet, la ménopause comme un processus dont elle souhaite s'ouvrir à son mari qui ne lui oppose qu'indifférence :

> *« disons que je me suis sentie vraiment seule à la ménopause. Je crois que mon mari ne comprenait absolument pas pourquoi je me faisais des nœuds dans la tête avec ça, donc je ne pouvais pas le partager avec lui. Bon, il est gentil ceci dit, il me disait que pour lui, ça ne faisait pas de différence, mais il ne faisait pas vraiment attention quoi… Il m'a toujours dit que ça ne changeait rien dans le regard qu'il avait sur moi, mais moi, je sais que ça changeait quelque chose dans le regard que j'avais sur moi. Pour lui, la ménopause, ça ne changeait rien, mais c'est pour moi que ça changeait quelque chose et il ne comprenait pas » (Julie, 54 ans, urbaniste).*

Par manque d'engagement, le conjoint de Julie n'assure pas « une contribution adéquate » (Goffman, 1988, p. 97) dans l'interaction au sujet de la ménopause. La réalité subjective de Julie, qui vit la ménopause comme un deuil de son potentiel fécond, se voit déstabilisée par l'indifférence que son conjoint y oppose. Son expérience illustre ainsi une relation « se dissipant par manque de réciprocité » (Corbin et Strauss, 1985, p. 239).

De son côté, Rachel souligne le caractère inadéquat de la distance tenue par son partenaire lors de la période de la ménopause. Alors qu'elle ne souhaite pas s'étendre sur cette expérience, son partenaire l'entretient de son propre malaise et de ses craintes vis-à-vis des conséquences de la ménopause. Cet échange fait date dans sa trajectoire de ménopause :

> *« en fait, celui que ça a beaucoup marqué, la ménopause, c'est mon concubin : il m'a fait une scène parce que j'étais ménopausée ! Je lui ai dit ''mais moi je ne sens rien, je me sens bien, ça va !''. C'est à lui que ça a fait quelque chose, je pense. Je me souviens très bien, je lui disais ''ça ne change rien pour moi !'' Et pour lui, la ménopause, c'était le fait que je n'étais plus une femme quoi… Il pensait que ça allait changer quelque chose peut-être, que j'allais devenir quelqu'un d'inconnu d'une certaine manière, qui allait vivre quelque chose de… mais non !... Il m'a fait une scène, je m'en souviens encore ! » (Rachel, 61 ans, cadre de la fonction publique à la retraite).*

Les propos de Rachel illustrent un processus d'« identification négative » (Berger et Luckmann, 2006, p. 254) lors d'un échange au cours duquel son partenaire associe la ménopause à un problème et une transformation délétère alors qu'elle-même ne partageait pas cette perception. Son compagnon mobilise, en effet, une définition de la féminité que Rachel ne partage pas. En évoquant avec insistance un sujet sur lequel elle ne souhaite pas s'étendre et en abordant la ménopause comme un changement dans l'ordre de la féminité, son partenaire vient rompre l'ordre de l'interaction dont « un domaine important est le soin que l'on doit prendre de ne rien amener dans la discussion qui puisse peiner, embarrasser ou humilier celui à qui l'on s'adresse » (Goffman, 1974, p. 58). Le genre traverse cette interaction car les représentations associées à la ménopause touchent à l'identité « femme » de l'un des deux partenaires au sein d'un couple hétérosexuel : le partenaire de Rachel mobilise une définition normative de la féminité, construite à partir de la fécondité.

Dans l'interaction avec leurs conjoints, Julie et Rachel sont confrontées « à un problème de définition » (Strauss, 1992b, p. 49) de situations. Si « les définitions de la réalité de chaque partenaire doivent être constamment mises en relation avec les définitions de l'autre » (Berger et Kellner, *in* Berger et Luckmann, 2006, p. 319), l'expérience de la ménopause est bien constituée de séquences de ruptures de définition dans l'interaction avec leur conjoint. Aussi, parce qu'elle n'aboutit pas à une définition commune de la ménopause et d'elles-mêmes en tant que ménopausées, « la conversation deviendra impossible et, ipso facto, la relation sera mise en péril » (Berger et Kellner, *in* Berger et Luckmann, 2006, p. 322). Si Rachel a « recollé les morceaux » avec son compagnon, Julie a opéré un travail de maintenance de la réalité en trouvant un amant :

> *« je suis allée sur le site Meetic… et je vois quelqu'un. On ne fait pas l'amour, mais on s'envoie des messages, on se donne des rendez-vous un peu fous ! L'autre fois, il m'a embrassé dans sa voiture. Ça fait beaucoup de bien ! » (Julie, 54 ans, urbaniste).*

À l'indifférence de son conjoint, Julie oppose une nouvelle relation au sein de laquelle elle se sent reconnue.

Lorsque les représentations que les deux partenaires associent à la ménopause ne s'accordent pas, nous observons une déstabilisation de la réalité subjective chez les interviewées. Ce type d'interactions est caractérisé par une mauvaise distance. Or, l'absence de partage de significations fait passer « d'un ''être ensemble'' à un ''être séparé » (de Singly, 2000, p. 242). Le genre sous-tend bien l'absence de partage de significations avec le

partenaire dans la relation hétérosexuelle, lorsque les représentations de la ménopause comme exclusion du féminin sont mobilisées par le partenaire.

Des représentations et des actions du partenaire face à l'information que constituent la ménopause et ses manifestations découlent une confirmation ou une déstabilisation de la réalité pour les femmes rencontrées. Passant par « des regards, des gestes, des postures et des énoncés verbaux que chacun ne cesse d'injecter, intentionnellement ou non, dans la situation où il se trouve » (Goffman, 1974, p. 7), ce partage avec le conjoint met, plus précisément, en jeu les questions de l'intimité, du travail de « figuration » et du genre.

Lorsque les partenaires partagent une définition commune de la situation au cours de la ménopause, une confirmation de la réalité se fait jour chez nos interviewées. Dans ce type de configurations, les interviewées peuvent mobiliser une intimité partagée avec le partenaire. L'observation d'une « bonne distance » au sujet de la ménopause et le travail de « figuration » sous-tendent ces interactions. La relation constitue alors une ressource mobilisable par nos interviewées. L'absence de partage de l'univers de signification opère, au contraire, comme facteur de déstabilisation de la réalité. L'incapacité à mobiliser l'intimité, des représentations divergentes de la ménopause chez les partenaires et une distance inadéquate caractérisent ces interactions. L'information que constitue la ménopause conduit, dans ce type d'interactions, à une rupture du cadre et de l'ordre de l'interaction. Il apparaît bien que pour nos interviewées, le sens de la ménopause « réside dans le regard porté, et non dans la chose elle-même » (Strauss, 1992b, p. 22).

Quatre facteurs influencent ainsi les trajectoires de ménopause : le calendrier de la fertilité et de la stérilité, les représentations du signe du corps, le partage de significations avec le médecin et le partage de significations avec l'autrui significatif. Ces facteurs constituent, en effet, de « nombreux petits ateliers dans lesquels les individus vivants continuent à travailler d'arrache-pied pour la construction et la maintenance de ces univers » (Berger et Kellner, *in* Berger et Luckmann, 2006, p. 334). Ils sont les occasions de confirmation, de déstabilisation, voire d'infirmation de la réalité subjectives des femmes rencontrées au cours de leur trajectoire de ménopause. Ils mettent en jeu normes et représentations : normes corporelles et normes d'âge, représentations du corps, des médicaments et de la ménopause.

À partir de l'analyse de ces quatre facteurs, nous pouvons mettre en évidence différents types de trajectoires de ménopause. Nous proposons ainsi d'analyser les trajectoires de ménopause sur un continuum de réalité allant de la confirmation à l'infirmation, en passant par la maintenance de la réalité lors d'épisodes de déstabilisation. Parmi les femmes rencontrées, les trajectoires de complète confirmation et de complète infirmation sont moins nombreuses que les trajectoires mixtes marquées par un travail de maintenance de la réalité. Nous présentons maintenant les différents types de trajectoire de ménopause et le continuum de manière plus détaillée.

3. Typologie de trajectoires de ménopause

La mise en évidence des facteurs influençant la trajectoire de ménopause nous permet de réaliser une typologie de trajectoires. Trois types de trajectoires de ménopause apparaissent : un type « confirmation de la réalité », un type « maintenance de la réalité » et un type « infirmation la réalité ». Afin d'illustrer ces trois types de trajectoires, nous présentons, tout d'abord, celles de trois interviewées : la trajectoire de « confirmation de la réalité » de Lisette, la trajectoire de « maintenance de la réalité » d'Annette et celle de Virginie qui correspond à une trajectoire « d'infirmation la réalité ». Ceci nous permettra d'illustrer les trajectoires de ménopause de manière chronologique et de rendre compte de leur dynamique. Nous rendons compte ici de la trajectoire que nos interviewées ont connue depuis le début de la ménopause jusqu'à notre rencontre. Certaines n'en sont pas au même point dans la trajectoire de ménopause. En outre, un facteur qui constitue à un moment une source d'infirmation peut se résoudre en confirmation au gré des rencontres de l'individu avec de nouvelles agences de définition. Ainsi, l'expérience des femmes rencontrées est encore susceptible d'évoluer et notre typologie ne vise aucunement à les figer. Nous proposons, ensuite, un schéma exposant les trois types de trajectoire sur un continuum de réalité allant d'un pôle de confirmation jusqu'à un pôle d'infirmation, en passant par un pôle de maintenance.

3.1 Trajectoire de confirmation de la réalité

La trajectoire de confirmation de la réalité se caractérise par une confirmation de la réalité subjective lors de chaque épisode ou phase mettant en jeu un facteur d'influence : respect du calendrier de fécondité et de stérilité, signe du corps vécu sur le mode de la confirmation, partage de l'univers de signification avec le médecin et avec l'autrui significatif. Parmi les femmes rencontrées, nous distinguons ainsi des femmes (10/30) dont les trajectoires sont de types « confirmation de la réalité ». Au cours de ces trajectoires, normes corporelles et normes d'âge, représentations de la ménopause et des médicaments sont

validées. Les représentations, savoirs et expérience sont légitimées dans l'interaction avec le médecin. Le couple constitue l'espace d'une intimité que les femmes peuvent mobiliser et le partenaire adopte une « bonne distance » sous-tendue par un travail sur les sentiments. Afin d'illustrer ce type de trajectoire, nous présentons celle de Lisette.

Née en 1952, Lisette n'a jamais travaillé. Mariée, elle a deux enfants et un petit-enfant. Elle habite en zone semi-rurale dans l'Ouest de la France.

Le début de la trajectoire de ménopause de Lisette est marqué par l'adéquation entre physiologie et âge social. La ménopause constitue pour elle une signature physiologique appropriée, confirmant ainsi l'ordre des choses :

> *« la ménopause a commencé vers 51 ans par des bouffées de chaleur, les règles qui commencent un peu à s'estomper, ce n'était plus régulier. C'est normal, on arrive à un âge, la ménopause commence, c'est les choses normales de la vie pour une femme, à partir de 50 ans, ça y est, on se dit ''allez, hop !'', on rentre dans la dizaine-là !».*

Chez cette interviewée, le signe du corps à la ménopause se traduit par des bouffées de chaleur. Suivie régulièrement par une gynécologue, Lisette évoque avec celle-ci ces manifestations corporelles. Cette consultation médicale est l'occasion d'un partage de significations : les deux interactantes perçoivent les bouffées de chaleur comme des manifestations qu'il faut savoir endurer. Aux yeux de Lisette, la gynécologue lui propose à bon escient, non pas un traitement hormonal, mais un traitement à base de soja :

> *« j'ai un gynécologue que je vois tous les ans, donc j'ai commencé à lui parler des bouffées de chaleur. Elle m'a dit ''il faut simplement attendre''. C'est vrai, parce que certaines femmes prennent le traitement hormonal, mais on entend dire que ça peut occasionner un cancer, donc c'est ça qui fait que les femmes reviennent un peu sur le traitement ou alors prennent des traitements homéopathiques, des trucs légers qui ne vont pas occasionner ça. Donc le gynéco m'a simplement donné pour les bouffées de chaleur des comprimés ''Biopause'' que je prenais une ou deux fois par jour, c'est du soja donc c'est léger »*

Lisette explique n'avoir pas vécu le signe corporel comme un stigmate, mais plutôt comme une manifestation à laquelle il s'agit d'opposer sa capacité d'endurance :

> *« j'en n'ai pas un si mauvais souvenir que ça des bouffées de chaleur, on a chaud, puis ça passe très vite, on s'aère simplement, bouffées de chaleur, j'ouvre la fenêtre, et puis voilà, ça s'est arrêté... Et puis, il faut pas s'arrêter dessus, il faut aller de l'avant ! »*

L'interaction avec son conjoint a été l'occasion d'une confirmation de la réalité pour Lisette. Celle-ci décrit une distance adéquate de sa part, répondant à son désir de ne pas

évoquer la ménopause hors du prisme du symptôme. Son compagnon fait ainsi preuve d'une attention suffisamment dosée pour ne pas faire des bouffées de chaleur une information destructrice :

> *« forcément, l'hiver quand j'ouvrais la fenêtre et que j'étais en petit haut à bretelles, il me disait ''ça va pas ?'', je lui disais ''attends, j'ai mes bouffées de chaleur ! Il faut que ça aère, j'ai chaud !''. Voilà. Il disait, ''ça va pas, tu vas attraper du mal !''. Je m'en rappelle, en plein janvier, j'avais mis un haut d'été à bretelles, la fenêtre grande ouverte, il rentre et me dit ''mais?'', je dis ''attends, bouffées de chaleur ! Que veux-tu, la ménopause, c'est ça, il y a des inconvénients !''. On discutait juste comme ça, il savait bien que j'avais mes bouffées de chaleur dues à la ménopause, il savait que j'étais rentrée dans le truc… Mais ça s'est arrêté là. Qu'est-ce que j'aurais dit de plus ? Non. En parler ? Non. C'est là, elle est là, voilà. Elle va se passer, ça y est, je suis vraiment ménopausée, voilà, c'est tout »*

Si elle a souhaité ne pas évoquer plus avant l'expérience de la ménopause avec son conjoint, Lisette souligne que cette information n'a pas engendré de rupture dans leurs interactions habituelles :

> *« la ménopause, ça n'a rien changé, on est un couple très solide, amoureux et tout, on s'entend bien… Nous, on s'aime comme au premier jour, on a toujours cet amour qui est très fort, il fait tout pour me faire plaisir… Sexuellement, il n'y a rien de changé, on a toujours eu des rapports... On profite ! »*

Les facteurs influençant la trajectoire de ménopause de Lisette ont joué en tant que confirmation de la réalité pour cette interviewée. Elle souligne ainsi l'harmonie qui a sous-tendu l'expérience de la ménopause :

> *« la ménopause, c'est une étape du corps qui se transforme, mais je n'ai jamais pensé à me poser des questions, c'est arrivé, mais ça ne m'a pas interpellée, ça n'a pas été un souci, je pense que c'est une continuité ».*

3.2 Trajectoire de maintenance de la réalité

La trajectoire de maintenance de la réalité se caractérise par une déstabilisation de la réalité subjective lors d'au moins un épisode, à laquelle répond un travail de maintenance de la réalité. La déstabilisation peut relever d'un calendrier de fécondité et de stérilité déviant, de signes du corps vécus sur le mode du stigmate, d'une absence de partage de l'univers de signification avec le médecin ou avec le partenaire. Nous distinguons ainsi des trajectoires (18/30) au cours desquelles les normes du corps, les représentations de la ménopause et celles

des médicaments peuvent être l'objet d'une déstabilisation et d'un travail de maintenance, caractérisé par la recherche d'une nouvelle agence de définition de la réalité. Pour illustrer une trajectoire de maintenance de la réalité, nous présentons l'expérience d'Annette.

Née en 1957, Annette est à la retraite après avoir été institutrice en maternelle. Mariée, elle réside dans un village du nord de la France. Elle a deux fils et deux petits-enfants.

Le début de sa trajectoire de ménopause est marquée par un calendrier de fécondité et de stérilité conforme aux normes d'âge : Annette a été physiologiquement ménopausée à 51 ans. À ses yeux, ménopause physiologique et âge social de stérilité convergent harmonieusement dans son expérience :

> *« j'ai commencé à voir de moins en moins mes règles. Puis, ça s'est terminé assez simplement. J'étais contente que ça s'arrête. Donc la ménopause, j'avais la cinquantaine, normal, j'ai suivi un parcours normal »*

N'ayant plus ses règles, Annette se rend chez le médecin pour la rituelle consultation médicale qui la fait passer au statut de « femme ménopausée » :

> *« à un moment où je me suis dit ''tiens, vraiment ça ne vient plus'', là j'ai consulté, on fait la prise de sang et on dit ''en effet, vous êtes ménopausée'' en fonction du taux de je ne sais plus quoi dans le sang »*

Cette consultation est, toutefois, l'occasion d'une déstabilisation pour Annette : si des bouffées de chaleur ont aussi motivé cette consultation, le médecin lui propose un traitement hormonal qu'elle refuse. Il opposera son mépris à l'évocation d'un traitement par les plantes, délégitimant ainsi les représentations d'Annette :

> *« j'ai été voir le médecin aussi parce que j'avais les bouffées de chaleur, donc je voulais avoir confirmation de cette fameuse ménopause et voir ce que mon médecin me proposait et il m'a proposé le traitement hormonal et c'est moi qui ai refusé. Je voulais à tout prix me passer de médicaments. Je dis ''écoutez, si vous me dites que c'est vraiment la ménopause qui s'installe je vais prendre mon mal en patience''. Je lui ai parlé des traitements aux plantes, ''pff, les plantes !''. Donc je dis ''merci !''. (...) Il n'y a vraiment personne pour nous dire s'il y a des plantes, comment prendre des gélules aux plantes… »*

Si elle avait des bouffées de chaleur, Annette comptait sur son endurance pour les affronter de manière naturelle :

> *« je m'étais dit :''il faut que ma ménopause se fasse de façon naturelle''. Le plus naturellement du monde, c'est le mieux. J'avais des bouffées de chaleur, mais j'ai dit ''je vais essayer de supporter et de faire que ça se passe naturellement'', ''je vais prendre mon mal en patience'' ».*

Elle souhaitait, en effet, vivre la ménopause sans prendre de traitement hormonal qu'elle juge contre-nature. Face au mépris de son médecin et à l'absence d'information au sujet des traitements par les plantes de sa part, elle se tourne vers d'autres agences de définition entrant en résonnance avec ses représentations. Des pairs et des sites internet constituent des sources d'informations correspondant à ses conceptions.

Pendant deux années, Annette a ainsi recours à la patience et à des traitements aux plantes. Toutefois, ses bouffées de chaleur persistent et s'intensifient. Elle fait alors face à un moment critique : son endurance ne suffit plus, les divers traitements aux plantes qu'elle a essayés se révèlent peu efficaces. Annette décide, à contrecoeur, de s'engager dans un traitement hormonal :

> *« les bouffées de chaleur, c'était tellement insupportable que j'y arrivais plus. Je pensais que c'était un moment à passer, ''ça va passer'', mais en fait ça ne passait pas ! J'ai pas tenu ! Enfin, j'ai tenu deux ans avec ces fameuses plantes, peut-être que ça me faisait du bien puisque ça m'a permis de tenir un peu ou alors je me disais ''attends encore un peu pour voir l'efficacité du traitement''. Enfin, j'ai réussi à tenir quand même deux ans ! Donc j'ai réussi à tenir deux ans sans traitement hormonal, deux ans quand même ! Et au bout de deux ans, j'ai dit ''non, c'est vraiment infect, je ne peux plus !''».*

Annette prend rendez-vous avec un autre médecin pour se faire prescrire un THS qu'elle obtient :

> *« j'ai consulté le gynéco, c'est lui que j'ai pris après, avant je n'allais pas voir un gynéco spécialement, je suis allée le voir parce que je voulais les hormones. Et je suis passée au traitement hormonal qui aide à passer le cap quand même, il y a un mieux-être, on n'a plus ces bouffées, ces malaises continus »*

La trajectoire d'Annette est caractérisée par un partage de significations avec son partenaire. Elle nous explique ainsi que les bouffées de chaleur qu'elle vivait de manière envahissante et pénible constituaient un objet dont son mari s'est saisi de manière adéquate, la rassurant et lui prodiguant à bon escient conseils et aide :

> *« les bouffées de chaleur, j'en ai parlé à mon mari. Lui disait ''attends, ça va passer !''. Il voyait bien que je me découvrais… Il m'aidait, il me disait ''arrête de boire du café'', alors que je buvais beaucoup de café chaud et c'est pas bon quand on a des bouffées de chaleur. Et puis, il m'aidait, quand j'avais une grosse bouffée de chaleur la nuit, il se levait dans la nuit pour m'apporter des vêtements secs ! ».*

Parce que son conjoint fait preuve d'un engagement et d'un soutien adéquats, l'information que constituent les bouffées de chaleur ne s'est pas faite destructrice. Aux yeux

d'Annette, elles ont été, au contraire, l'occasion d'une coopération. Annette évoque également l'écoute et la compréhension dont son partenaire a fait part alors qu'elle souhaitait avoir moins de rapports sexuels :

> *« on est tellement pas bien qu'en fait, le désir sexuel à la ménopause, pfff … Une baisse de la libido… Si ça n'existait pas ce serait aussi bien ! Je dis ''désolée, c'est comme ça'', donc on s'arrange, on se débrouille… On en parle, on se met d'accord ensemble. Il faut en parler, dire ''il y a des jours où je peux vraiment pas et il y a des jours où je peux essayer de faire un effort''. Donc ça se passe bien comme ça. C'est important parce que si on vit ensemble, il faut en parler, sinon on ne peut plus vivre ensemble. Il faut être avec quelqu'un d'assez compréhensif, qui comprenne. Il faut trouver un terrain d'entente et j'ai un homme compréhensif, qui tient compte de moi ».*

Ces propos illustrent l'ajustement dont est l'objet la vie sexuelle du couple pendant la période de la ménopause et le travail opéré avec succès pour aménager un monde commun. Annette a ainsi pu mobiliser l'intimité de la relation de couple. Distance adéquate et travail sur les sentiments caractérisent la réponse de son mari.

Parce qu'elle a recours à un THS, Annette y voit le signe qu'elle n'a pas su faire preuve d'une endurance suffisante face à ces bouffées de chaleur. Ses représentations des médicaments restent inchangées : à ses yeux, avoir recours à un THS constitue un échec, même si le signe du corps s'en voit apaisé. Ainsi, elle vit dans la hâte de la fin de la ménopause, c'est-à-dire la résolution de ses symptômes :

> *« la ménopause, il faudrait que je puisse changer d'état d'esprit… plutôt que de la subir, j'aimerais… … mais bon les symptômes sont là et ils ne sont pas toujours faciles à vivre et ça joue sur le moral aussi. J'ai l'impression de ne pas en être sortie ! Alors, j'attends le déclic impatiemment, pfff ! Être tranquille, ne plus être ennuyée par les bouffées de chaleur, arrêter ce fameux traitement hormonal. Les hormones, ça peut avoir des incidences, c'est toujours un traitement médical, c'est pas toujours bon ».*

L'expérience d'Annette illustre les hiatus et les ajustements qui peuvent traverser une trajectoire de ménopause. Elle met également en évidence, dans l'usage qu'Annette fait d'une hormonothérapie qu'elle réprouve, le fait que les représentations et les pratiques ne convergent pas toujours. Cette expérience éclaire particulièrement, enfin, le caractère fini de l'expérience de la ménopause, laquelle dure le temps de ses symptômes.

3.3 Trajectoire d'infirmation de la réalité

La trajectoire d'infirmation se caractérise par une déstabilisation de la réalité subjective lors de plusieurs épisodes mettant en jeu un facteur déterminant et l'absence de travail de maintenance de la réalité. L'infirmation peut relever d'un calendrier de fécondité et stérilité déviant, de signe du corps vécus comme stigmate, d'une absence de partage de significations avec le médecin ou avec l'autrui significatif. Parmi les femmes rencontrées, deux connaissent une trajectoire d'infirmation. Nous présentons celle de Virginie.

Née en 1965, Virginie est coordinatrice de l'animation dans une école élémentaire. Mariée, elle réside dans une commune urbaine de la région parisienne. Elle a deux enfants.

Sa trajectoire de ménopause commence par un processus de déviance de son calendrier de fécondité et de stérilité. Son gynécologue lui a signifié qu'à 46 ans, elle est en phase de préménopause. La ménopause approche :

> *« le dosage hormonal m'a dit que c'était en cours, c'est pas encore complètement fait, mais je suis en plein dedans, depuis environ un an. Ça a commencé avec des insomnies, des passages d'énorme fatigue, des sueurs nocturnes ».*

Ce calendrier corporel vient contredire les représentations de Virginie et fonctionne comme infirmation de sa réalité :

> *« moi j'ai été très surprise d'être ménopausée à 46 ans ! Pour moi c'était 50, 60 ans même ! Je me suis dit '' qu'est-ce que j'ai ?''. Je ne pensais pas que c'était la ménopause, jusqu'à cet été avant de partir en vacances, je n'ai pas eu de règles pendant trois mois, je me suis posé la question si je n'étais pas enceinte. J'ai fait un test de grossesse forcément négatif… En fait, je refusais l'idée, je me disais ''c'est pas possible, c'est pas la ménopause, c'est pas déjà, là, maintenant, que tout s'arrête et que c'est déjà terminé !''. En fait, je refusais complètement d'accepter que ce soit la ménopause. Je me suis dis ''je comprends pas comment ça se fait !''. J'étais pas préparée à ce que ça s'arrête, comme ça! ».*

Sa chronologie corporelle contrevient aux normes d'âge qui établissent qu'à 46 ans, si une femme est entrée en ménopause sociale, elle est toujours potentiellement féconde et donc pas encore en phase de ménopause physiologique. L'infirmation de la réalité de Virginie transparaît particulièrement lorsqu'elle lie ménopause et suspension de son identité de femme :

> *« pour moi, à la puberté on débute sa vie de femme et à la ménopause, on termine sa vie de femme et c'est horrible ! ».*

Chez cette interviewée le signe du corps consiste en des bouffées de chaleur, qui opèrent comme déstabilisation. Si ces manifestations sont vécues par Virginie comme stigmate, elle ne peut, pour l'instant, avoir recours à un traitement hormonal du fait d'antécédents de cancers dans sa famille :

> *« il y a beaucoup de cancers du sein dans ma famille, donc c'est clair qu'arrivé à la pré-ménopause, mon médecin me fait surveiller, pour mes 40 ans il m'a dit ''je vous offre une mammographie''. Donc, là pas de traitement hormonal pour le moment, je peux pas en prendre. J'en prendrais un si les symptômes s'aggravent ».*

Virginie explique que l'interaction avec son médecin a été l'occasion d'un apprentissage dans le cadre de représentations partagées de la ménopause :

> *« c'est important d'avoir le côté médical, le médecin à qui on dit ''maintenant qu'est-ce que je fais ?''. Mon médecin m'a dit que tout est normal, donc ça m'a rassuré, on finit par avoir une prise de conscience, plus ou moins à être résigné ».*

Si un partage de représentations se fait jour avec le médecin, il concerne avant tout l'aspect organique sans pour autant que soit réalisé un véritable travail sur les sentiments. Virginie souligne ainsi l'absence du soutien de la part de son médecin alors qu'elle en exprime le besoin :

> *« avec mon médecin, on n'a pas une approche comme avec une amie, c'est un peu froid. On peut pas discuter, on peut pas lui dire qu'on a une angoisse ».*

La trajectoire de Virginie est, en outre, caractérisée par une absence de partage de significations avec son partenaire. Persuadée qu'il lui opposera indifférence et incompréhension, Virginie a préféré ne pas évoquer la question de la ménopause avec son mari :

> *« j'en n'ai pas parlé à mon mari. C'est pas des choses qui sont faciles à dire, à mon mari non plus. Il me dirait ''oui, la ménopause, ouais, ben c'est normal…''. Donc je me suis dit ''même pas la peine'', donc en fait, j'ai tout gardé pour moi… Je peux m'appuyer sur rien, je me sens un peu seule face à ça ».*

Elle souligne à quel point l'absence de partage avec son conjoint pèse sur cette expérience :

> *« moi, j'ai besoin d'une compréhension, d'un réconfort et mon mari, c'est pas possible, ça va pas ! Alors qu'on a besoin d'un homme à côté de nous, qui nous aime, parce que, comme ça, on s'aperçoit que même si on arrive à la ménopause, on plaît toujours, on se sent encore plaisante. Donc on a besoin d'être dorlotée un peu. Et puis, pour partager tout simplement, pour*

se sentir moins seule dans cet état qu'on comprend pas bien. Pour être rassurée… ».

Parce que son calendrier de fécondité et de stérilité s'avère déviant, que lors de l'interaction avec son médecin celui a peu réalisé de travail sur les sentiments, qu'elle ne peut partager son expérience avec un conjoint indifférent, la trajectoire de Virginie se caractérise par l'infirmation, laquelle s'illustre, d'une part, dans une forme d'inquiétude et de mélancolie :

« on n'arrête pas de voir des publicités qui nous disent ''ménopause sérénité'', ça, c'est ce qu'on nous dit, mais moi je ne me sens pas du tout sereine. Ce que j'éprouve, c'est des regrets ».

Virginie établit, d'autre part, un parallèle entre la ménopause et la mort, soulignant ainsi le caractère macabre de cette expérience pour elle :

« la ménopause, c'est la faucheuse ! Genre, je passe un pacte avec le diable, parce que c'est comme la mort, on ne peut pas l'éviter, on ne choisit pas, on ne peut pas choisir, c'est la fin d'une vie, on ne peut ni éviter, ni choisir, ni faire un retour en arrière ».

L'expérience de Virginie illustre le poids de représentations sociales liant de manière nécessaire féminité et fécondité. Dévier des normes d'âge en matière de fécondité constitue ainsi une rupture dans l'ordre des choses. Cette trajectoire éclaire tout particulièrement le fait que « ce sont les rapports sociaux très concrets et très quotidiens qui nous fabriquent et non une Nature transcendante » (Guillaumin, 1992, p. 82).

3.4 Continuum de trajectoires

À partir des trois types de trajectoires de ménopause mis en évidence, nous proposons maintenant un schéma exposant ces types de trajectoire sur un continuum de réalité allant d'un pôle de confirmation jusqu'à un pôle d'infirmation, en passant par un pôle de maintenance de la réalité. Ce continuum permet d'illustrer notre analyse en soulignant le type de trajectoire dont chaque interviewée relève.

Conclusion du cinquième chapitre

Ce chapitre s'est attaché à éclairer le caractère dynamique de la ménopause et l'hétérogénéité des expériences des femmes. Nous avons analysé la ménopause comme une trajectoire. Ceci nous a permis de rendre compte de son inscription temporelle, de sa logique processuelle ainsi que des représentations et interactions en jeu au cours de ce processus. La ménopause est le fruit de représentations et d'interactions, sous-tendues par le genre et dépendantes des CSP des femmes. Normes d'âge, représentations du corps et rapports sociaux sont à l'œuvre dans cette expérience qui constitue une trajectoire dynamique ayant un commencement et un terme aux yeux des femmes rencontrées. Les contextes et les rapports sociaux dans lesquels les femmes s'inscrivent constituent tout autant de butées que de ressources lors de la trajectoire de ménopause. Les différentes assignations qui sous-tendent l'expérience des femmes à la ménopause n'oblitèrent, toutefois, pas leur agentivité, également au cœur des parcours : « le monde n'est pas seulement là, à côté; il est aussi ce qu'on en fait » (Strauss, 1992b, p. 41). Contre une « conception moniste de ''l'expérience féminine'' » (Crenshaw, 2005, p. 72), nous avons mis en lumière la diversité des expériences des femmes. Il s'agissait bien de déconstruire la naturalisation qui découle d'une supposée évidence de l'expérience physiologique partagée par toutes les femmes à la ménopause : « être ''du sexe féminin'' n'est pas un état susceptible d'unir naturellement les femmes. ''Être'' du sexe féminin n'est d'ailleurs même pas un état, mais en soi une catégorie éminemment complexe, construite à partir de discours scientifiques sur le sexe et de pratiques sociales contestées » (Haraway, 2009, p. 277). Trois types de trajectoires de ménopause ont ainsi émergé, trajectoire de confirmation de la réalité, de maintenance de la réalité et d'infirmation de la réalité. Cette typologie souligne la dynamique interne des trajectoires : elles conservent un caractère ouvert.

Conclusion générale

Ce travail de thèse cherchait à comprendre la manière dont est produite la ménopause en tant que catégorie et en tant qu'expérience. Pour ce faire, nous nous sommes intéressés à la construction sociale de la ménopause, à son traitement social et à l'expérience des femmes dans le contexte actuel français, à partir d'un double matériau. Nous avons, d'une part, réalisé l'analyse des discours sociaux qui construisent la ménopause : les discours médicaux et leurs relais culturels. D'autre part, nous avons rencontré 30 femmes au cours d'entretiens approfondis portant sur leurs expériences et leurs représentations de la ménopause. Ce travail a éclairé la place déterminante du genre dans la construction sociale de la ménopause et l'expérience des femmes au cours de ce processus. Il a également permis de comprendre l'expérience de la ménopause comme le fruit de représentations et d'interactions. Dans cette conclusion, nous proposons, tout d'abord, de revenir sur les principaux résultats de notre recherche. Nous aborderons, ensuite, les limites de notre travail et proposerons des pistes d'approfondissement.

1. Principaux résultats de la recherche

1.1 Le genre, une dimension centrale de la construction sociale et de l'expérience de la ménopause

Cette thèse met en évidence la place fondamentale du genre dans la construction sociale de la ménopause et l'expérience de la ménopause. Certaines recherches ont montré que loin d'être un donné, la ménopause est un concept historiquement et culturellement construit (Mac Pherson, 1981 ; Davis, 1986 ; Beyene, 1989 ; Lock, 1993 ; Héritier, 1996 ; Delanoë, 2001 ; Diasio, 2007 ; Vinel, 2007). À leur suite, nous nous sommes intéressés à la construction sociale de la ménopause. Dans notre contexte social actuel, la ménopause constitue le fruit des rapports sociaux de sexe, assignant les femmes à la biologie et reposant sur une définition du féminin à l'aune de la fécondité. Ainsi, dans un contexte où « l'espèce femme [est] définie par son anatomie, sa physiologie » (Guillaumin, 1992, p. 69), la ménopause est construite comme touchant à l'essence même de cette « espèce ». Parce que le genre est toujours un faire (Butler, 2006), nous avons cherché à mettre au jour et analyser la manière dont le genre opère dans le cadre de la ménopause.

Nous avons, tout d'abord, montré que le genre sous-tend la construction de la ménopause dans le discours médical et ses relais culturel. L'invention de la ménopause au début du XIXe siècle est le fruit de la radicale dichotomisation des sexes : « à une biologie de la hiérarchie cosmique succéda une biologie de l'incommensurabilité, ancrée dans le corps » (Laqueur, 1992, p. 237). Le concept de ménopause découle ainsi de l'assomption du modèle des deux sexes et, partant, d'une biologie de la différence sous-tendue par le genre. L'invention de la ménopause constitue un dispositif de renforcement de la naturalité des femmes. Avec elle se crée un concept de transformation et de déséquilibre proprement féminin qui vient justifier les rapports sociaux de sexe. Aussi, la ménopause ne constitue pas une période naturelle, propre à toutes les femmes, de cessation des règles et de la fertilité. Elle constitue bien plutôt le produit d'une épistémè marquant le XIXe siècle, s'affermissant au XXe siècle et jusqu'à nous.

Le discours médical actuel, ancré dans une conception hormonale du corps (Bell, 1987 ; Oudshoorn, 1994), construit la ménopause comme une expérience du symptôme, de la pathologie, de la déficience et du risque. Il constitue un dispositif naturalisant, sous-tendu par des stéréotypes de sexe tendant à réifier une « physiologie féminine ». Le genre est également au cœur de la mise en scène du discours médical dans ses relais culturels. Fonctionnant à partir de stéréotypes, le discours médiatique et le discours publicitaire construisent une dramaturgie biologique faisant des hormones des entités autonomes et de la ménopause l'ère du trouble et de la nécrose. Ils mettent, en outre, en scène une figure stéréotypée (« la-femme-ménopausée »), construite comme individu non-autonome et exclue de la féminité. En tant que catégorie et en tant qu'expérience, la ménopause constitue une production du genre : elle est le fruit d'une essentialisation des expériences des femmes et d'une pathologisation du corps féminin. Elle relève, en outre, d'une réduction des femmes au biologique et à l'instabilité. Cette construction possède bien des effets : elle produit des catégories cognitives et pratiques d'expérience pour les femmes.

Dans notre culture, l'avancée en âge est marquée par un « double standard » : le vieillissement est, en effet, construit comme « une affection morale, une pathologie sociale intrinsèquement liée au fait qu'il affecte plus les femmes que les hommes » (Sontag, 1972, p. 29). La ménopause constitue un épisode prégnant de cette construction dissymétrique. Le discours médical nourrit le stéréotype de « la femme ménopausée », construite comme figure liminaire au corps pathologique qu'il convient de maîtriser. Ainsi, la ménopause constitue un épisode prégnant de production et de reproduction du genre, en ce qu'elle est construite comme le prélude d'une vieillesse plus péjorative et invalidante pour les femmes que pour les

hommes. Objet de discours, soumis au regard des experts, le corps des femmes à la ménopause est un lieu surveillé. Si le corps de la ménopause est ouvert aux discours et à l'œil, il nous faut garder à l'esprit que « la description des corps est ainsi extrêmement politique, en ce qu'elle indique la place dans la *polis*, la cité » (Détrez et Simon, 2006, p. 103). Le genre sous-tend ainsi ces discours qui forment un système de significations et assignent une place minorée aux femmes ménopausées dans notre contexte social, du fait de leur stérilité.

Au-delà des discours, le genre caractérise l'apprentissage des femmes de la ménopause sociale à la ménopause physiologique. La norme de la ménopause sociale est largement sous-tendue par le genre en tant qu'elle vise la catégorie « femme », repose sur la construction de la fécondité des femmes comme « chose publique » et consiste en l'injonction à un certain usage du corps féminin. De la ménopause sociale à la ménopause physiologique, une éducation des femmes se réalise, en outre, fondée sur le primat du biologique et l'assignation des femmes à des perceptions et des pratiques ancrées dans des catégories construites comme féminines. Plus encore, l'apprentissage de la ménopause physiologique dans le cadre de la consultation médicale est celui d'une forme de dessaisissement des femmes sur leur propre expérience. Nous avons mis en évidence le travail de civilisation, traversé par le genre, auquel les femmes sont enjointes : un contrôle social s'exerce particulièrement sur les corps des femmes et leurs flux (menstruations, bouffées de chaleur) dans notre contexte social. La ménopause constitue un épisode prégnant de ce travail : on exige des femmes une régulation plus large et plus profonde du corps. La médecine offre aux femmes les moyens de cette civilisation : le traitement hormonal nous est apparu comme un instrument de performance de genre. Si de nombreuses recherches ont apporté des réflexions importantes sur l'acquisition des rôles de sexe dans l'enfance (on peut citer notamment les travaux d'Hurtig,1982, de Brugeilles, Cromer et Cromer, 2002, de Détrez, 2005 et de Zegaï, 2010), nous espérons avoir montré que ces rôles continuent de s'apprendre à d'autres moments que l'enfance, parce que le genre se produit et se reproduit tout au long de la vie.

Enfin, le genre informe les trajectoires des femmes à la ménopause. Il sous-tend, en effet, deux facteurs qui participent de la construction de la réalité à la ménopause : le calendrier de fécondité et de stérilité et le partage de significations avec le partenaire. D'une part, le calendrier de fécondité et de stérilité repose sur une norme d'usage du corps féminin : il met en jeu la capacité des femmes à répondre aux injonctions à la fécondité, à la stérilité sociale et à la stérilité physiologique en fonction de normes d'âge strictes. Le genre traverse cet agencement normatif des âges et des corps, construisant une temporalité féminine à l'aune

d'une fécondité normée qui exclut les corps féminins stériles à l'âge social de la fécondité. D'autre part, le genre sous-tend le partage de significations avec le partenaire. La ménopause met, en effet, en jeu les représentations du féminin et la dichotomie opérée entre expérience féminine et expérience masculine. Elle touche ainsi aux représentations associées à l'identité « femme » de l'un des deux partenaires au sein du couple hétérosexuel et peut constituer une information qui perturbe l'ordre et le cadre de l'interaction.

Fruit d'interactions et de représentations, l'expérience de la ménopause est marquée par des rapports sociaux. Le genre, croisant les normes d'âge, caractérise cette expérience.

1.2 De la ménopause sociale à la ménopause physiologique, un parcours d'apprentissage

Suivant l'idée qu'« il n'existe peut-être pas de ''façon naturelle'' chez l'adulte » (Mauss, 1936), notre travail a mis en lumière l'apprentissage à l'œuvre de la ménopause sociale à la ménopause physiologique. D'une part, l'expérience de la ménopause commence ainsi bien avant la ménopause physiologique par une ménopause sociale. Celle-ci constitue une norme enjoignant les femmes à une déprise de la fécondité avant la stérilité physiologique. Plusieurs mécanismes sous-tendent cette norme : l'injonction médicale, la législation et la désignation de sa transgression dans l'espace médiatique. La ménopause sociale met ainsi en jeu l'apprentissage de l'usage du corps en termes de fécondité. La séquence qui mène de la ménopause sociale à la ménopause physiologique est, en outre, marquée par l'injonction à un usage adéquat du corps et un remaniement de la signification de la fécondité pour les femmes.

Un apprentissage sous-tend, d'autre part, l'expérience de la ménopause physiologique. Celui-ci se réalise en interaction avec deux types de figures : la figure savante du médecin et les figures profanes (parentes et pairs). La consultation médicale à la ménopause fonctionne ainsi comme cadre efficient d'éducation des femmes au sein duquel le signe est discriminé et se fait symptôme. Au cours de cette rituelle consultation, le médecin endosse un double rôle. Il tient le rôle d'éducateur dans l'apprentissage d'une nouvelle grammaire corporelle, guidant les femmes dans la discrimination et la lecture des manifestations corporelles. Il endosse également le rôle de passeur en faisant passer les femmes au statut de « femmes ménopausées ». L'apprentissage de la ménopause physiologique passe également par

l'interaction avec des figures profanes: la mère, les aïeules et les pairs. Au cours de ces interactions, un savoir s'échange et s'acquiert. Cet apprentissage de la ménopause se fait par observation, partage d'expériences, recherche de conformité et apprentissage de techniques de gestion du corps. Ces interactions reposent sur des normes tacites : elles doivent se dérouler entre initiées et avoir pour objet unique la symptomatologie. La perception du corps et des manifestations à la ménopause est bien le fruit d'un apprentissage. En outre, de la puberté à la ménopause, les expériences gynécologiques des femmes sont socialisées dans le cadre médical. Un substrat de représentations et d'expérience communs aux femmes rencontrées découle de cette forme de socialisation. Nourries par les représentations culturelles du sang menstruel, les femmes partagent des représentations au sujet de la cessation des menstruations, ancrées dans l'affranchissement. La ménopause est, en outre, perçue comme un état entre santé et maladie, caractérisé par déséquilibre du substrat hormonal féminin. Nos interviewées associent, enfin, au corps ménopausé les représentations d'un lieu de transformations indésirables. Fruits d'une socialisation et d'un apprentissage genrés, ces représentations forment une sorte de culture de la ménopause partagée par les femmes que nous avons rencontrées.

1.3 La trajectoire de construction de la réalité à la ménopause

La notion de « trajectoire » (Strauss, 1992a) est apparue particulièrement pertinente pour rendre compte de l'expérience des femmes à la ménopause dans notre contexte social. Loin d'être un évènement (ou un non-évènement), la ménopause constitue, en effet, un processus ancré dans la durée, marqué par des épisodes, façonné par différents acteurs et interactions. Parce qu'elle est une expérience aux dimensions multiples, la ménopause ne soulève pas une perception univoque chez une même interviewée. En outre, la valeur heuristique du concept de trajectoire est « de permettre de maîtriser rupture et continuité dans un même cadre analytique » (Corbin, cité par Baszanger *in* Strauss 1992a, p. 37).

Quatre facteurs participent des trajectoires de ménopause de nos interviewées, en confirmant ou en déstabilisant leur réalité subjective. Le calendrier de fécondité et de stérilité de chaque femme constitue le premier facteur. Ce calendrier met en jeu la capacité des femmes à répondre aux injonctions à la fécondité, à la stérilité sociale et à la stérilité physiologique en fonction de normes d'âge strictes. Il s'ordonne ainsi en fonction de chaque âge social adossé à une biologie normalisée : une ménopause sociale autour de la quarantaine,

une ménopause physiologique à partir de la cinquantaine, suivie d'une éventuelle grand-maternité. Sous-tendu par le genre, il distribue les normes d'âge en matière de fécondité. La validation des séquences du calendrier de fécondité et de stérilité opère comme confirmation de la réalité, tandis qu'un calendrier déviant entraîne, au contraire, une déstabilisation de la réalité.

La trajectoire de ménopause est également influencée par les représentations associées par les femmes au signe du corps. Nous nous sommes plus particulièrement intéressés aux bouffées de chaleur et avons montré qu'en fonction des CSP et des lieux de résidence, ces manifestations corporelles sont vécues différemment parce que des représentations différentes leur sont associées. Ainsi, pour les urbaines, *a fortiori* les CSP moyennes et supérieures, les bouffées de chaleur relèvent du « stigmate » (Goffman, 1975) et opèrent comme déstabilisation de la réalité. Il s'agit pour ces interviewées de canaliser ce dérèglement invalidant du « corps-performance ». Au contraire, pour les femmes vivant en contexte rural, *a fortiori* les CSP populaires, les bouffées de chaleur sont perçues comme une manifestation légitime de la nature en soi dans une forme de mise à l'épreuve du « corps-endurance ».

Le partage de l'univers de signification avec le médecin constitue le troisième facteur influençant la trajectoire des femmes. Il est un épisode où se joue la définition de la réalité du médecin et de la patiente, mettant en jeu leurs représentations de la ménopause, de ses conséquences et des médicaments. Les configurations de confirmation de la réalité sont caractérisées par une coopération entre les acteurs. On observe que les représentations, le savoir et l'expérience de la patiente y sont légitimés. Au contraire, une déstabilisation, voire une infirmation de la réalité subjective de la patiente, se fait jour lorsque la consultation médicale n'est pas le lieu d'un partage de représentations entre elle et le médecin. Imposition de significations et persuasion caractérisent ce type d'interactions, sous-tendu par une absence de « travail sur les sentiments » (Strauss *et al.,* 1982, notre traduction).

La trajectoire de ménopause est influencée par un quatrième facteur : le partage de l'univers de signification avec l'autrui significatif. Des représentations et des actions du partenaire face à l'information que constituent la ménopause et ses manifestations découlent, en effet, une confirmation ou une déstabilisation de la réalité pour les femmes rencontrées. Le partage de significations avec le conjoint met en jeu les questions de la « bonne distance » (Caradec, 1994) face à l' « information » (Goffman, 1973) que constituent la ménopause et ses conséquences. Les configurations de confirmation de la réalité sont caractérisées par la mobilisation de l'intimité. Le partage est, en outre, sous-tendu par un travail de « figuration »

de la part du conjoint. Dans ce cadre, l'information que constitue la ménopause n'est pas l'occasion d'une rupture du cadre et de l'ordre de l'interaction. L'absence de partage de l'univers de signification opère, au contraire, comme facteur de déstabilisation de la réalité. L'incapacité à mobiliser l'intimité, des représentations divergentes de la ménopause chez les partenaires et une distance inadéquate caractérisent ces interactions.

L'analyse de l'expérience de la ménopause comme trajectoire a éclairé le caractère fondamental de certains interactants dans cette expérience et le « pouvoir créateur de réalité de la conversation » (Berger et Luckmann, 2006, p. 257). L'agentivité des femmes au cours des différents épisodes qui jalonnent leur trajectoire a, en outre, été mise en lumière.

2. Limites et pistes d'approfondissement

Notre analyse de l'expérience des femmes à la ménopause repose sur 30 entretiens et pourrait être enrichie. Nous suggérons maintenant plusieurs pistes afin de combler les lacunes de notre travail.

Tout d'abord, nous avons compris que la culture informe les représentations associées à la ménopause et l'expérience des femmes à la ménopause (Davis, 1986 ; Beyene 1989 ; Lock, 1993). Les représentations et perceptions du corps sont, en outre, marquées par l'expérience de l'émigration (Bulbeck, 2001). Il semblerait intéressant d'interroger la ménopause à l'aune de la question de l'interculturalité en France. En interrogeant des femmes de différentes origines culturelles, nous pourrions ainsi comprendre comment se nouent des systèmes de représentations différents de la ménopause et comment des reconfigurations s'opèrent. Il s'agirait d'approfondir le phénomène d'acculturation et de métissage des représentations du corps, de la ménopause et des pratiques qui peuvent en découler.

Ensuite, notre recherche relève la dimension centrale du partenaire dans l'expérience de la ménopause. Or, nous ne savons de leurs représentations de la ménopause que ce que nos interviewées nous en ont dit. Une piste féconde consisterait à interroger les partenaires de femmes à la période de la ménopause au sujet des représentations qu'ils associent à la ménopause. En effet, si les représentations de la physiologie des femmes sont avant tout étudiées auprès des femmes (Vinel, 2008a ; Mardon, 2009), il serait particulièrement intéressant d'éclairer les représentations des hommes. Ces représentations pourraient être pertinemment confrontées à celles du discours dominant. Ceci permettrait, en outre, de

comprendre si les représentations de la physiologie féminine peuvent être l'objet de reconfiguration dans le cadre de l'intimité. Sur ce point, il nous semblerait également intéressant d'interroger la ménopause dans le cadre de couples de même sexe, afin de comprendre si le sexe du partenaire joue sur la tonalité de l'expérience. En outre, si le genre sous-tend les interactions avec le partenaire au sujet de la ménopause dans le cadre de relations hétérosexuelles, il serait éclairant de comprendre quels mécanismes sont en jeu dans le cadre de relations homosexuelles.

Qu'ils abordent uniquement la question de la ménopause ou s'intéressent aux parcours gynécologiques des femmes des ménarches à la ménopause (Verdier, 1979, Beyene, 1989 ; Guessous 2000 ; Vinel, 2008a), la plupart des travaux portent sur les représentations et l'expérience de femmes entrées dans un processus de ménopause. Un changement de perspective possible inviterait à interroger les représentations associées à la ménopause par des femmes qui ne seraient pas encore ménopausées, à différents âges de la vie, adolescence, âge adulte, âge de la maternité, âge de la ménopause sociale afin d'observer si des représentations différentes en émergent. Si Delanoë (2001) a mis en évidence le fait que les femmes qui anticipent la ménopause en ont des perceptions plus négatives que celles qui la vivent, une telle perspective permettrait de saisir les mécanismes qui sous-tendent ces perceptions.

Enfin, la question de la ménopause est bien documentée en Amérique du Nord : de nombreux chercheurs s'y sont intéressés, travaillant à mettre en évidence les représentations sociales et culturelles qui y sont associées, les traitements sociaux dont elle est l'objet et les expériences des femmes à cette période. Or, les travaux sur ces questions sont beaucoup moins nombreux en Europe. Il semblerait enrichissant de réaliser une comparaison entre plusieurs pays européens et de mettre en lumière la manière dont la ménopause y est construite et les expériences qui en découlent. Différentes normes en matière de reproduction, différents rapports aux médicaments, au corps, de même que différents degrés de médicalisation de la ménopause au sein de l'Europe pourraient ainsi être pertinemment étudiés.

Bibliographie

ADAM Philippe, HERZLICH Claudine, *Sociologie de la maladie et de la médecine,* Paris, Éditions Armand Colin, 2004

AIACH Pierre, DELANOË Daniel (dir.), *L'ère de la médicalisation,* Paris, Éditions Economica, 1998

ANDRIEU Bernard, BOËTSCH Gilles (dir.) *Dictionnaire du corps,* Paris, CNRS Éditions, 2008

ANDRIEU Bernard, BOËTSCH Gilles, LE BRETON David, POMAREDE Nadine, VIGARELLO Georges, *La peau, enjeu de société,* Paris, CNRS Éditions, 2008

AUGE Marc, HERZLICH Claudine (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie,* Paris, Éditions des Archives contemporaines, 1984

ARISTOTE, *De la génération des animaux,* Paris, Éditions Les Belles Lettres, 1961

BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines,* 2006/1, n°61, pp. 91-117

BALLARD Karen, KUH Diana, WADSWORTH Michael, « The role of the menopause in women's experiences of the ''change of life'' », *Sociology of Health & Illness*, 2001, vol. 23, n°4, pp. 397-424

BASZANGER Isabelle, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 1986, n°27-1, pp. 3-27

BASZANGER Isabelle, « Les chantiers d'un interactionniste américain », *in* Strauss Anselm, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992 pp. 11-63

BAUDRILLARD Jean, *Le système des objets*, Paris, Éditions Gallimard, 1968

BAUDRILLARD Jean, *La société de consommation*, Paris, Éditions Denoël, 1970

BEAUD Stéphane, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l''entretien ethnographique''», *Politix,* 1996, vol. 9, n°35, pp. 226-257

BEAUD Stéphane, WEBER Florence, *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, 2003

BECKER Howard, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions Métailié, 1985

BECKER Howard, *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte, 2002

BECKER Howard, *Le travail sociologique,* Fribourg, Academic Press, 2006

BELL Susan E., « Changing ideas: The Medicalization of menopause », *Social Science and Medicine*, 1987, vol. 124, n°6, pp. 535-542

BERENI Laure, CHAUVIN Sébastien, JAUNAIT Alexandre, REVILLARD Anne, *Introduction aux études sur le genre,* Bruxelles, De Boeck, 2012

BERGER Peter, *Invitation à la sociologie,* Paris, Éditions La Découverte, 2006

BERGER Peter, LUCKMANN Thomas, *La construction sociale de la réalité,* Paris, Éditions Armand Colin, 2006

BERGER Peter, KELLNER Hansfried, « Le mariage et construction de la réalité », *in* Berger Peter et Luckmann Thomas, *La construction sociale de la réalité,* 2006, Paris, Éditions Armand Colin, pp. 307-334

BERNIER Christiane, « Ménopause et mitan de vie : deux phénomènes, une symbolique » *in Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire,* 2003, vol. 9, n°1, pp. 110-147

BESSIN Marc, « Parcours de vie et temporalités biographiques: quelques éléments de problématique », *Informations sociales*, 2009, n°156, pp. 12-21

BESSIN Marc, LEVILAIN Hervé, *Parents après 40 ans. L'engagement familial à l'épreuve de l'âge,* Paris, Éditions Autrement, 2012

BEYENE Yewoubdar, *From Menarche to Menopause: Reproductive Lives of Peasant Women in Two Cultures,* Albany, State University of New York Press, 1989

BLANCHET Alain, GOTMAN Anne, *L'enquête et ses méthodes*, Armand Colin, 2007

BLUMER Herbert, *Symbolic Interactionism, Perspective and Method,* University of California Press, Berkeley and Los Angeles, California, 1998

BOËTSCH Gilles, « Le corps mûr et le miroir social », *in* Bernard Andrieu *et al., La peau, enjeu de société,* CNRS Éditions, 2008, pp. 291-305

BOLTANSKI Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC*, 1971, vol. 26, n°1, pp. 205-233

BONNARD Jean-Baptiste, « Corps masculin et corps féminin chez les médecins grecs », *Clio. Femmes, Genre, Histoire,* 2013, n°37, pp. 21-39

BONNET Jocelyne, *La terre des femmes et ses magies,* Paris, Éditions Robert Laffont, 1988

BRIOIST Pascal, « Les savoirs scientifiques », *Revue d'histoire moderne et contemporaine,* 2002/5, n°49-4bis, pp. 52-80

BRUGEILLES Carole, CROMER Isabelle, CROMER Sylvie, « Les représentations du masculin et du féminin dans les albums illustrés ou Comment la littérature enfantine contribue à élaborer le genre », *Population*, 2002, 57e année, n°2, pp. 261-292

BUCKNER Margaret, « Ce que nous dit la cloche Manjako », *L'Homme,* 2004/3, n°171-172, pp. 219-230

BULBECK Chilla, « Speaking Menopause: Intersections between Asian and Western Medical Discourses », *Intersections: Gender, History and Culture in the Asian context*, 2001, n°5

BUTLER Judith, *Trouble dans le genre,* Paris, Éditions La Découverte, 2006

BUTLER Judith, *Ces corps qui comptent. De la matérialité et des limites discursives du « sexe »,* Paris, Éditions Amsterdam, 2009

CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966

CARADEC Vincent, « Le problème de la ‘‘bonne distance’’ conjugale au moment de la retraite », *Revue française de sociologie,* 1994, n°35-1, pp. 101-124

CARADEC Vincent, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement,* Paris, Armand Colin Editeur, 2012

CARBONE Geneviève, *La peur du loup,* Paris, Éditions Gallimard, 1991

CEFAI Daniel (dir.), *L'enquête de terrain*, Paris, Édition La Découverte, 2003

CEGARA Marie, « Corps fugitif, corps frontière » *in* Françoise Héritier et Margarita Xanthakou, *Corps et affects*, Paris, Odile Jacob, 2004, pp. 339-352

CERTEAU Michel de, *L'invention du quotidien,* Paris, Éditions 10 18, 1980

CHAPOULIE Jean-Michel, « Préface » *in* Howard Becker, *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions Métailié, 1985, pp. 9-22

CHARPENTIER Michèle, QUENIART Anne (dir.), *Vielles, et après ! Femmes, vieillissement et société,* Montréal, Les Éditions du remue-ménage, 2009

CLAIR Isabelle, « La découverte de l'ennui conjugal. Les manifestations contrariées de l'idéal conjugal et de l'ethos égalitaire dans la vie quotidienne de jeunes de milieux populaires », *Sociétés contemporaines*, 2011/3, n° 83, p. 59-81

CLASTRES Pierre, *Chronique des indiens Guayaki*, Paris, Librairie Plon, 1972

COLLIN Johanne, « Observance et fonctions symboliques du médicament », *Gérontologie et société,* 2002/4, n°103, pp. 141-159

COMBES Danièle, « Oppression des femmes et solidarités de couple », Cahiers du Genre, 2011/2, n° 51, pp. 203-215

CONRAD Peter, « Medicalization and Social Control», *Annual Review of Sociology,* 1992, vol. 18, pp.209-232

CORBIN Juliet, STRAUSS Anselm, « Managing Chronic Illness at Home: Three Lines of Work », *Qualitative Sociology*, 1985, 8(3), pp. 224-247

CRENSHAW Kimberlé Williams, « Cartographie des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur », *Cahiers du Genre,* 2005/2 - n° 39, pp. 51-82

CROS Michèle, *Anthropologie du sang en Afrique,* Paris, Éditions L'Harmattan, 1990

DAVIS Dona Lee, « The meaning of menopause in a Newfoundland fishing village», *Culture, medicine and psychiatry,* 1986, n°10, pp. 73-94

DEBEST Charlotte, « Le refus de maternité : entre émancipation des assignations patriarcales et idéalisation du rôle de mère », *in* Yvonne Knibiehler (dir), *La maternité à l'épreuve du genre,* Rennes, PUR, 2012, pp. 43-49

DELANOË Daniel, « La médicalisation de la ménopause. La pathologisation comme processus de socialisation », *in* Pierre Aïach et Daniel Delanoë, *L'ère de la médicalisation*, Paris, Éditions Economica, 1998, pp. 211-251

DELANOË Daniel, *Critique de l'âge critique. Usages et représentations de la ménopause,* Thèse de doctorat en Anthropologie sociale, Paris, Ecole des hautes études en sciences sociales, 2001

DELANEY Janice, LUPTON Jane, TOTH Emily, *The curse: a cultural history of menstruation,* First University of Illinois Press Edition, 1988

DELPHY Christine, *L'Ennemi principal. Penser le genre*, tome 2, Paris, Éditions Syllepse, 2001

DETREZ Christine, *La construction sociale du corps*, Paris, Éditions du Seuil, 2002

DETREZ Christine, « ''Il était une fois le corps''... La construction biologique du corps dans les encyclopédies pour enfants », *Sociétés contemporaines*, 2005/3, n°59-60, pp. 161-177

DETREZ Christine, SIMON Anne, *À leur corps défendant. Les femmes à l'épreuve du nouvel ordre moral,* Paris, Éditions du Seuil, 2006

DEVEREUX Georges, *Femme et mythe*, Paris, Éditions Flammarion, 1982

DIASIO Nicoletta, Nicole VERNAZZA-LICHT, « L'inverso delle donne. La costruzione del concetteo di menopausa tra scienza e metafisica », *in* Antionio Guerci, Stefania Consigliere, *Il vecchio allo specchio. Percezioni e rappresintazioni della vecchiaia*, Genova, Erga edizioni, 2002a, pp. 310-325

DIASIO Nicoletta, Nicole VERNAZZA-LICHT, « La ménopause, processus biologique et enjeux culturels », in Antionio Guerci, Stefania Consigliere, *Il vecchio allo specchio. Percezioni e rappresintazioni della vecchiaia*, Genova, Erga edizioni, 2002b, pp. 278-281

DIASIO Nicoletta, « Habillée de temps. La femme à l'âge critique dans le discours médical au tournant du XIXème siècle », *in* Vinel Virginie (dir.), *Féminin, masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales,* Vaucresson, Éditions du portique, 2007, pp. 101-130

DIASIO Nicoletta, VINEL Virginie (dir.), *Il tempo incerto. Antropologia della menopausa*, Milan, éd. Franco Angeli, 2007

DIASIO Nicoletta, « Maillage des temps et gouvernement des corps dans la construction des rapports d'âge et de genre », *SociologieS* [En ligne], Dossier Genre et vieillissement, mis en ligne le 15 novembre 2012, consulté le 28 janvier 2014. URL : http://sociologies.revues.org/4118

DILLAWAY Heather, « Menopause is the "Good Old": Women's Thoughts about Reproductive Aging », *Gender & Society,* 2005, vol. 19, n°3, pp. 398-417

DORLIN Elsa, *La matrice de la race*, Paris, Éditions La Découverte, 2006

DORLIN Elsa, « Genre, santé, nation à l'Age classique », in Vinel Virginie, *Féminin, masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales,* Éditions du portique, 2007, pp. 17-47

DORLIN Elsa, *Sexe, genre et sexualités,* Paris, PUF, 2008

DOUGLAS Mary, « La pureté du corps », *Terrain,* 1998, n°31, pp. 5-12

DOUGLAS Mary, *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou,* Paris, Éditions La Découverte, 2001

DURIF-BRUCKERT Christine, *Une fabuleuse machine. Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques,* Paris, Éditions Métailié, 1994

DURKHEIM Emile, *Représentations individuelles et représentations collectives. Sociologie et philosophie,* Paris, PUF, 1968

DURKHEIM Emile, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Éditions Flammarion, 1988

DU TOIT Brian, « Menstruation: Attitudes and Experience of Indian South Africans», *Ethnology*, Vol. 27, No. 4, 1988, pp. 391-406

DUVIGNAUD Jean, *Le propre de l'homme. Histoires du rire et de la dérision,* Paris, Éditions Hachette, 1985

EHRENBERG Alain, *Le culte de la performance*, Paris, Éditions Hachette, 1991

ELIAS Norbert, *La civilisation des mœurs,* Paris, Éditions Calmann-Lévy, 1973

FAINZANG Sylvie, « L'alcool, les nerfs, le cerveau et le sang », *L'Homme*, 1995, 135 (3), pp. 109-125

FAINZANG Sylvie, *Pour une anthropologie de la maladie en France*, Paris, Éditions Ecole des hautes études en sciences sociales, 1989

FAINZANG Sylvie, « Les stratégies paradoxales. Réflexion sur la question de l'incohérence des conduites de malades », *Sciences Sociales et Santé*, 1997, vol. 15, n°3, pp. 5-23

FAINZANG Sylvie, *Médicaments et société,* Paris, PUF, 2001

FAINZANG Sylvie, « Transmission et circulation des savoir sur les médicaments dans la relation médecin-malade », *in Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, 2006, pp. 267-279

FAINZANG Sylvie, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie,* Paris, PUF, 2012

FASSIN Didier, « Les politiques de la médicalisation », *in* Pierre Aïach et Daniel Delanoë, *L'ère de la médicalisation,* Éditions Economica, 1998, pp. 1-13

FASSIN Didier, « L'inquiétude ethnographique », *in* Alban Bensa et Didier Fassin, *Les politiques de l'enquête,* Paris, Édition la Découverte, 2008

FAUSTO-STERLING Anne, *Corps en tous genres. La dualité des sexes à l'épreuve de la science,* Paris, Éditions La Découverte, 2012

FAVRET-SAADA Jeanne, *Les mots, la mort, les sorts,* Paris, Éditions Gallimard, 1977

FINE Agnès, « Maternité et identité féminine », *in* Yvonne Knibiehler (dir), *Maternité, affaire privée, affaire publique,* Paris, Bayard Éditions, 2001, pp. 61-76

FINE Agnès, MOULINIE Véronique, SANGOI Jean-Claude, « De mère en fille. La transmission de la fécondité », *L'Homme*, 2009, n°191, pp. 37-76

FREIDSON Eliot, « Influence du client sur l'exercice de la médecine », *in* Claudine Herzlich, *Médecine, santé et maladie,* Paris, Mouton, 1970, pp.225-236

FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, Édition Payot, 1984

FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir*, Paris, Édition Gallimard, 1975

FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Édition Gallimard, 1976

FOUCAULT Michel, *« Il faut défendre la société »*, Paris, Éditions Seuil/Gallimard, 1997

FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL Dominique, PLANTE Christine, RIOT-SARCEY Michèle, ZAIDMAN Claude (dir.), *Le genre comme catégorie d'analyse,* Paris, Édition L'Harmattan, 2003

FOX KELLER Evelyn, « Feminism and Science Source», *Signs*, 1982, vol. 7, n°3, pp. 589-602

GALLENGA Ghislaine, « Ethnologue à marier : la "neutralisation" des attributs sexués en entreprise », *Ethnologies*, 2007, vol. 29, n°1-2, pp. 303-314

GARDEY Delphine, LOWY Ilana (dir.), *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin,* Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000

GARDEY Delphine, « Comment écrire l'histoire des relations corps, genre, médecine au XXe siècle ? », *Clio. Femmes, Genre, Histoire* [En ligne], 37 | 2013, mis en ligne le 01 juillet 2015, consulté le 26 septembre 2013. URL : http://clio.revues.org/11031 ; DOI : 10.4000/clio.11031

GAUDILLIERE Jean-Paul, « La fabrique moléculaire du genre : hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule », *Cahiers du Genre,* 2003/1, n°34, pp. 57-80

GLASER Barney, STRAUSS Anselm, *La découverte de la théorie ancrée*, Paris, Édition Armand Colin, 2010

GODELIER Maurice, *La production des Grands Hommes,* Paris, Librairie Arthème Fayard, 1982

GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne,* tomes 1 et 2, Paris, Éditions de Minuit, 1973

GOFFMAN Erving, *Les rites d'interaction,* Paris, Éditions de Minuit, 1974

GOFFMAN Erving, *Stigmate,* Paris, Éditions de Minuit, 1975

GOFFMAN Erving, « La ritualisation de la féminité », *Actes de la recherche en sciences sociales,* avril 1977, vol. 14, pp. 34-50

GOFFMAN Erving, *Façons de parler,* Paris, Éditions de Minuit, 1987

GOFFMAN Erving, *Les moments et leurs hommes,* Paris, Éditions du Seuil, 1988

GOFFMAN Erving, « Calmer le jobard », *in Le Parler frais d'Erving Goffman,* Paris, Éditions de Minuit, 1989

GOFFMAN Erving, *Les cadres de l'expérience,* Paris, Éditions de Minuit, 1991

GOFFMAN Erving, *L'arrangement des sexes*, Paris, La Dispute, 2002

GOFFMAN Erving, « Le déploiement du genre », *Terrain* [En ligne], 42 | 2004, mis en ligne le 09 septembre 2008, 25 juin 2012. URL : http://terrain.revues.org/1767 ; DOI : 10.4000/terrain.1767

GOGNALONS-CAILLARD Maryvonne, « Les femmes face au vieillissement », *Gérontologie et Société,* 1978, cahier numéro 6, pp. 128-136

GOOD Byron, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu,* Institut Synthélabo, Le Plessis Robinson, 1998

GOTHUEY Julie, LA MURA Quidora Morales, OUDIN François, PIERRE Thomas, SINIGAGLIA Jérémy, SINIGAGLIA-AMADIO Sabrina (coord.), *Enquêter*

sur le genre. Terrain et pratiques, Presses Universitaires de Nancy, Éditions Universitaires de Lorraine, 2012

GUERCI Antonio, CONSIGLIERE Stefania, *Il vecchio allo specchio: Percezioni e rappresentazioni della vecchiaia* , Rome, Erga edizioni maggio, 2002

GUESSOUS Soumaya Naamane, *Printemps et automne sexuels. Puberté, ménopause, andropause au Maroc,* Éditions EDDIF, 2000

GIDDENS Anthony, *La transformation de l'intimité. Sexualité, amour et érotisme dans les sociétés modernes,* Le Rouergue/ Chambon, 2004

GUILLAUMIN Colette, *Sexe, Race et Pratique du pouvoir. L'idée de Nature,* côté-femmes éditions, 1992

GUYARD Laurence, « ''Chez la gynécologue''. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines », *Ethnologie française*, 2010/1, vol. 40, pp. 67-74

HALL Edward T., *La dimension cachée*, Paris, Éditions du Seuil, 1971

HARAWAY Donna, « Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective», *Feminist Studies,* 1988, vol. 14, n°3, pp. 575-599

HARAWAY Donna, *Des singes, des cyborgs et des femmes,* Paris, Éditions Jacqueline Chambon, 2009

HAXAIRE Claudie, « Ages de la vie et accomplissement individuel chez les Gouro (Nord) de Côte-d'Ivoire », Editions de l'E.H.E.S.S, *L'Homme,* 2003/3, n°167-168, pp. 105-127

HERITIER Françoise, *Masculin / Féminin,* tome 1, Paris, Éditions Odile Jacob, 1996

HERITIER Françoise, *Les deux sœurs et leur mère*, Paris, Éditions, Odile Jacob, 1996

HERITIER Françoise, *Masculin / Féminin,* tome 2, Paris, Éditions Odile Jacob, 2002

HERITIER Françoise, XANTHAKOU Margarita, *Corps et affects,* Paris, Éditions Odile Jacob, 2004

HERITIER Françoise, *Retour aux sources*, Paris, Éditions Galilée, 2010

HERZLICH Claudine (dir.), *Médecine, santé et maladie,* Paris, Mouton, 1970

HERZLICH Claudine, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale,* Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1984

HERZLICH Claudine, PIERRET Jeanine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui,* Paris, Éditions Payot, 1984

HURTIG Marie-Claude, « L'élaboration socialisée de la différence des sexes », *Enfance*, 1982, tome 35, n°4, pp. 283-301

HURTIG Marie-Claude, KAIL Michèle, ROUCH Hélène, *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes,* Paris, CNRS Éditions, 2003

JARRY Anna, MARTEU Élisabeth, LACOMBE Delphine, NAJI Myriem, FARHAN Mona et Carol MANN, « Quelques réflexions sur le rapport de jeunes chercheuses féministes à leur terrain », *Terrains & travaux*, 2006, n°10, pp. 177-193

JONCKERS Danielle, CARRE Renée et DUPRE Marie-Claude, *Femmes plurielles. Les représentations des femmes, discours, normes et conduites,* Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 2000

KARADIMAS Dimitri, « *Le Petit Chaperon rouge.* Comment dire le corps sans le nommer », *in* Françoise Héritier et Margarita Xanthakou, *Corps et affects*, Paris, Éditions Odile Jacob, 2004, pp.121-135

KAUFERT Patricia, « Myth and the Menopause», *Sociology of Health and Illness,* 1982, vol. 4, n°2, pp. 141-166

KAUFERT Patricia, « Menopause as process or event : the creation of definition in biomedicine» *in* M. Lock and D. R. Gordon (eds.), *Biomedicine Examined,* Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1988, pp. 331-349,

KERISIT Michèle, PENNEC Simone, « La ''mise en science de la ménopause'' », L'Harmattan, *Cahiers du Genre,* 2001/2, n°31, pp. 129-148

KNIBIEHLER Yvonne, FOUQUET Catherine, *La femme et les médecins,* Paris, Éditions Hachette, 1983

KNIBIEHLER Yvonne (dir), *Maternité, affaire privée, affaire publique,* Paris, Bayard Éditions, 2001

KNIBIEHLER Yvonne (dir), *La maternité à l'épreuve du genre,* Rennes, PUR, 2012

KOSACK Godula, « L'idée que les femmes ont d'elles-mêmes illustrée par leurs contes sur la sorcellerie chez les Mafa du Nord-Cameroun », *in* Jonckers *et al., Femmes plurielles. Les représentations des femmes, discours, normes et conduites,* Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 2000, pp. 203-219

LA SOUDIERE Martin (de) (1988), « L'inconfort du terrain », *Terrain* [En ligne], 11, mis en ligne le 04 janvier 2012, consulté le 22 avril 2014. URL : http://terrain.revues.org/3316 ; DOI : 10.4000/terrain.3316

LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine,* Paris, Éditions Payot, 1986

LAQUEUR Thomas, *La Fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident,* Paris, Éditions Gallimard, 1992

LAQUEUR Thomas, « Sex in the Flesh", *Isis*, juin 2003, vol. 94, n°2, pp. 300-306

LASCAULT Gilbert, *Figurées, défigurées. Petit vocabulaire de la féminité représentée*, Paris, Editions du Félin, 2008

LE BRETON David, *Anthropologie de la douleur*, Paris, PUF, 1995

LE BRETON David, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, 2003

LE BRETON David, *L'interactionnisme symbolique*, Paris, PUF, 2004

LE BRETON David, *Sociologie du corps*, Paris, PUF, 2008

LE BRETON David, *Expériences de la douleur*, Paris, Éditions Métailié, 2010

LEGRAND Monique, VOLERY Ingrid (dir.), *Genre et parcours de vie : vers une nouvelle police des corps et des âges ?,* Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 2013

LEMERLE Sébastien, *Le singe, le gène et le neurone. Du retour du biologisme en France,* Paris, PUF, 2014

LE NAOUR Jean-Yves, VALENTI Catherine, « Du sang et des femmes. Histoire médicale de la menstruation à la Belle Epoque », *Clio. Femmes, Genre, Histoire,* 2001, n°14, pp. 207-229

LENG Kwok Wei, «On Menopause and Cyborgs, or towards a Feminist Cyborg Politics of Menopause», *Body and Society,* 1996, Sage Publications, vol. 2, pp. 33-52

LEVILAIN Hervé, « Le parcours des âges au regard de la parentalité tardive. Régulation biographique et synchronisation négociée », *Le Portique* [en ligne], 2008, n°21, mis en ligne le 5 juin 2010. URL : http://leportique.revues.org/index1813.html

LEVI-STRAUSS Claude, *Anthropologie structurale*, Paris, Éditions Plon, 1974

LOCK Margaret, *Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America*, Los Angeles, Berkeley, University of California Press, 1993

LOCK Margaret, « Anomalous ageing: managing the postmenopausal body », *Body and Society*, 1998, vol. 4, n°1, p. 35-61.

LOCK Margaret, KAUFERT Patricia, « Menopause, Local Biologies, and Cultures of Aging», *American Journal of Human Biology*, 2001, n°13.4, pp. 494-504

LÖWY Ilana, « Le genre dans l'histoire sociale et culturelle des sciences », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 1995, 50e année, n°3, pp. 523-529

LÖWY Ilana, ROUCH Hélène, « La distinction entre sexe et genre », *Cahiers du genre*, n°34, Paris, Éditions L'Harmattan, 2003

LÖWY Ilana, GAUDILLIERE Jean-Paul, « Controverses sur le traitement hormonal de la ménopause », *Mouvements,* 2004/2, n°32, pp. 32-39

LÖWY Ilana, « Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? Le women health movement et les transformations de la médecine aux États-Unis », *Travail, genre et sociétés*, 2005/2, nº 14, pp. 89-108

LÖWY Ilana, *L'emprise du genre,* La Dispute, Paris, 2006

LÖWY Ilana, « L'âge limite de la maternité : corps, biomédecine, et politique », *Mouvements*, 2009, n°59, pp. 102-112

LÖWY Ilana, « Le genre du cancer », *Clio. Femmes, Genre, Histoire,* 37, 2013, pp. 65-83

MAC CLIVE Cathy, PELLEGRIN Nicole (dir.), *Femmes en fleurs, femmes en corps. Sang, santé, sexualités du Moyen-âge aux Lumières,* Publications de l'Université de Saint-Etienne, 2010

MAC CREA Frances B., « The Politics of Menopause: The ''Discovery'' of a Deficiency Disease », *Social Problems*, 1983, vol. 31, n°1, pp. 111-123

MAC PHERSON Kathleen, « Menopause as disease: the Social Construction of a Metaphor», *Advances in nursing science*, 1981, vol. 3, pp. 95-114

MASSE Raymond, LEGARE France, « The Limitations of a negotiation model for perimenopausal women», *Sociology of Health and Illness,* 2001, vol. 23, n°1, pp. 44-64

MAIGRET Eric, *Sociologie de la communication et des médias,* Paris, Éditions Armand Colin, 2003

MARDON Aurélia, « Les premières règles des jeunes filles : puberté et entrée dans l'adolescence », *Sociétés contemporaines,* 2009/3, n°75, pp. 109-129

MARTIN Emily, *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction,* Boston, Beacon Press, 1987

MARTUCCELLI Danilo, « Une sociologie phénoménologique quarante ans après », *in* Peter Berger et Thomas Luckmann, *La construction sociale de la réalité,* 2006, Paris, Editions Armand Colin, 2006, pp. 5-39

MATHIEU Nicole-Claude (dir.), *L'arraisonnement des femmes,* Paris, Éditions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1985

MATHIEU Nicole-Claude, « Les sexes et la ''nature'' chez les ethnologues et les ethnologisés » *in* Delphine Gardey et Ilana Löwy (dir.) *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin,* Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000, pp. 109-124

MATHIEU Nicole-Claude, *L'anatomie politique,* Éditions iXe, 2013

MAUSS Marcel, « Les techniques du corps », *Journal de Psychologie,* XXXII, 3-4, 1936

MAUSS Marcel, *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF, 1950

MBARGA, Josiane, *La construction sociale de la ménopause. Vécu et perception en Suisse et au Cameroun.* Paris, Éditions L'Harmattan, 2010

MBARGA, Josiane, « Regards de Suissesses et de Camerounaises citadines sur la ménopause: dépasser les dichotomies binaires », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 8 | 2014, mis en ligne le 31 mai 2014, consultée le 02 juin 2014. URL : http://anthropologiesante.revues.org/1396 ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1396

MEAD Margaret, *L'un et l'autre sexe,* Paris, Editions Denoël/Gonthier, 1966

MEMMI Dominique, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance à la mort,* Paris, La Découverte, 2003

MITCHINSON Wendy, « No longer the same woman: medical perceptions of menopause, 1900-1950 », *Canadian Bulletin of Medical History,* 2006, vol. 23:1, pp. 7-47

MORIN Edgar, *Les stars*, Paris, Éditions du Seuil, 1957

MOSCOVICI Serge, « L'ère des représentations sociales », *in* W. Doise et A Palmonari, *L'étude des représentations sociales,* Neuchâtel et Paris, Delachaux et Niestlé, 1986, pp. 35-80

MOULINIE Véronique, *La chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang.* Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'Homme, 1998

MOULINIE Véronique, « Andropause et ménopause : la sexualité sur ordonnance », *Clio. Femmes, Genre, Histoire,* 2013, n°37, pp. 105-121

NAEPELS Michel, « Une étrange étrangeté. Remarques sur la situation ethnographique », *L'Homme*, 1998, tome 38, n°148, pp. 185-199

NGOUNDOUNG Anoko, « Le redoutable sexe opposé », in Jonckers *et al., Femmes plurielles. Les représentations des femmes, discours, normes et conduites,* Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 2000, pp. 221-231

NISSIM Liana, BENOIT Claude, *Etudes sur le vieillir au féminin. Flaubert, Balzac, Sand, Colette,* Clermont-Ferrand, Presses Universitaire Blaise Pascal, 2008

NIZARD Sophie, « Une pratique corporelle ''discrète'' : le bain rituel », *Ethnologie française,* 2013/4, Vol. 43, pp. 601-614

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, 1995, n°1, pp. 71-109

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, « La violence faite aux données. De quelques figures de la surinterprétation en anthropologie », *Enquête* [En ligne], 3 | 1996, mis en ligne le 11 juillet 2013, consulté le 11 septembre 2013. URL : http://enquete.revues.org/363; DOI : 10.4000/enquete.363

ORTBALS Candice, RINCKER Meg E., « Embodied Researchers: Gendered Bodies, Research Activity, and Pregnancy in the Field », *Political Science and Politics,* 2009, vol. 42, n°2, pp. 315-319

OUDSHOORN Nelly, « United we stand: the pharmaceutical industry, laboratory, and clinic in the development of sex hormones into scientific drugs, 1920-1940 », *Science, Technology and human values*, 1993, vol. 18, n°1, pp. 5-24

OUDSHOORN Nelly, *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*, Routledge, 1994

OUDSHOORN Nelly, « Au sujet des corps, des techniques et des féminismes », in Delphine Gardey et Ilana Löwy (dir.), *L'Invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000, pp. 31-44

OUELETTE Françoise-Romaine, « L'expérience de l'infertilité féminine vécue sous assistance médicale » *Sociologie et sociétés,* 1988, vol. 20, n°1, pp. 13-32

PARSONS Talcott, « Sociology of Health and Illness and related topics », *Action Theory and the Human Condition,* New York, The Free Press, 1978

PAYET Jean-Paul, « L'enquête sociologique et les acteurs faibles », *SociologieS* [En ligne], *La recherche en actes, Champs de recherche et enjeux de terrain*, mis en ligne le 18 octobre 2011, consulté le 09 avril 2014. URL : http://sociologies.revues.org/3629

PIERRET Jeanine, « Les significations sociales de la santé: Paris, L'Essonne, L'Hérault », in *Le sens du mal*, sous la dir. de Marc Augé et Claudine Herzlich, Paris, Éditions Archives contemporaines, 1984, pp. 217-156

QUEMENER Nelly, « Féminité et humour. De la moquerie à l'empowerment » in GOTHUEY Julie *et al.* (coord.), *Enquêter sur le genre. Terrain et pratiques,* Presses Universitaires de Nancy, Editions Universitaires de Lorraine, 2012, pp.15-28

ROUX Jean-Paul, *Le sang. Mythes, symboles et réalités,* Paris, Librairie Arthème Fayard, 1988

ROZEE Virginie, MAZUY Magali, « L'infertilité dans les couples hétérosexuels : genre et ''gestion'' de l'échec », *Sciences sociales et santé,* 2012/4, vol. 30, pp. 5-30

SACRISTE Valérie, « Sociologie de la communication publicitaire », *L'Année sociologique* 2001/2, Vol. 51, pp. 487-498

SAUSSURE Ferdinand de, *Cours de linguistique générale,* Paris, Éditions Payot, 1972

SCHEPER-HUGUES Nancy, LOCK Margaret, « The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology », *Medical Anthropology Quarterly*, Mars 1987, New Series, vol. 1, n°1, pp. 6-41

SCHUTZ Alfred, *Le chercheur et le quotidien,* Paris, Klincksieck, 1987

SCOTT Joan W, *De l'utilité du genre,* Librairie Arthème Fayard, 2012

SIMMEL Georg, *Sociologie,* Paris, PUF, 1999

SINGLY François de, *Libres ensemble. L'individualisme dans la vie commune,* Paris, Éditions Nathan, 2000

SONTAG Susan, « The double standard of aging », *Saturday Review of the Society,* septembre 1972, n°55, pp. 29-38

STOLBERG Michael, « A woman's Hell? Medical perceptions of menopause in preindustrial Europe », *Bulletin of the History of Medicine*, 1999, n°73, pp. 404-428

STOLBERG Michael, « A Woman Down to Her Bones: The Anatomy of Sexual Difference in the Sixteenth and Early Seventeenth Centuries », *Isis*, 2003, vol. 94, n°2, pp. 274-299

STOLLER Robert, *Masculin ou féminin ?,* Paris, PUF, 1989

STRAUSS Anselm, « A Social World Perspective », *Studies in Symbolic Interaction*, 1978, vol. 1, pp. 119-128

STRAUSS Anselm, FAGERHAUGH Shizuko, SUCZEK Barbara et WIENER Carolyn, « Sentimental work in the technologized hospital », *Sociology of Health and Illness,* 1982, vol. 4, n°3, pp. 254- 278

STRAUSS Anselm, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme,* Paris, Éditions L'Harmattan, 1992a

STRAUSS Anselm, *Miroirs et masques,* Paris, Éditions Métailié, 1992b

STRAUSS Anselm, CORBIN Juliet, « L'analyse de données selon la grounded theory. Procédures de codage et critères d'évaluation », *in* Cefaï (dir), *L'enquête de terrain,* Paris, La Découverte, 2003, pp. 363-379

TABET Paola, « Fertilité naturelle, reproduction forcée », *in* Nicole-Claude Mathieu, *L'arraisonnement des femmes,* Paris, Éditions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1985, pp. 61-146

TAIN Laurence, « Genre et techniques de reproduction : évidences, alliances et turbulences », *L'Homme et la société,* 2004/2 n°152-153, pp. 229-246

TAIN Laurence, « Le ''bon âge'' pour avoir un enfant : vieillissement, fécondité et inégalités sexuées » in Monique Legrand et Ingrid Voléry (dir.), *Genre et parcours de vie : vers une nouvelle police des corps et des âges ?*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 2013, pp. 53-62

THOMAS Louis-Vincent, « La vieillesse en Afrique noire », *Communications*, 1983, n°37, pp. 69-87

THOËR-FABRE Christine, « Ménopause et hormonothérapie, expériences et représentations de femmes baby-boomer », Thèse de doctorat en Sociologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, 2005

THOËR-FABRE Christine, LEVY Joseph Josy, « La pharmacologisation de la ménopause : l'hormonothérapie substitutive et ses fonctions dans les discours de ''baby-boomers'' françaises », *Nouvelles pratiques sociales*, 2007, vol. 19, n°2, pp. 46-61

TILLIER Annick, « Un âge critique. La ménopause sous le regard des médecins des XVIIIe et XIXe siècles », *CLIO. Histoire, femmes et sociétés* [En ligne], 21 | 2005, mis en ligne le 01 juin 2007. URL : http://clio.revues.org/index1471.html

VERDIER Yvonne, *Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière,* Paris, Éditions Gallimard, 1979

VERDIER Yvonne, *Coutume et destin,* Paris, Éditions Gallimard, 1995

VIGARELLO Georges, *Le propre et le sale,* Paris, Éditions du Seuil, 1985

VIGARELLO Georges, *Histoire des pratiques de santé,* Paris, Éditions du Seuil, 1999

VIGARELLO Georges, *Histoire de la beauté,* Paris, Éditions du Seuil, 2004

VINCENT Jeanne-Françoise, « La ménopause, chemin de la liberté selon les femmes beti du Sud-Cameroun », *Journal des africanistes*, 2003, vol. 73, n°2, pp. 121-136

VINEL Virginie, « Les représentations de la ménopause dans des documents français contemporains » *in* Antonio Guerci, Stefania Consigliere, *Il vecchio allo specchio: Percezioni e rappresentazioni della vecchiaia* , Rome, Erga edizioni maggio, 2002, pp.°326-337

VINEL Virginie, « La ménopause. Instabilité des affects et des pratiques en France », *in* Françoise Héritier et Margarita Xanthakou, *Corps et affects*, Paris, Éditions Odile Jacob, 2004, pp. 221-236

VINEL Virginie, « Ménopause et andropause à la lumière du « dispositif de sexualité » », *Le Portique* [En ligne], 13-14 | 2004, mis en ligne le 15 juin 2007, consulté le 21 octobre 2009. URL : http://leportique.revues.org/index628.html

VINEL Virginie, « La ménopause : un passage vers un autre statut ? Processus de vieillissement et vieillesse féminine chez des Moose du Burkina Faso » (traduction française), *in* Nicoletta Diasio et Virginie Vinel (dir.), *Il tempo incerto. Antropologia della menopausa*, Milan, éd. Franco Angeli, 2007, pp. 55-74.

VINEL Virginie (dir.), *Féminin, masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales*, Strasbourg, Éditions du Portique, 2007

VINEL Virginie « Andropause et ménopause : une comparaison des images de la vulgarisation médicale », in Virginie Vinel (dir.), *Féminin, masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales*, Strasbourg, Éditions du Portique, 2007, pp. 201-224

VINEL Virginie, « Ricordi di sangue : transmissione e silenzio sulle mestruazioni nella Francia urbana », *La Ricerca Folklorica, Linne di sangue*, 2008a, n°58, pp. 79-91

VINEL Virginie, « Pluralisme thérapeutique de femmes françaises en période de ménopause. », *Revue internationale du médicament*, vol. 2, n°1, décembre 2008b, pp.°96-138. Article en ligne : http://chaine.uqam.ca/revue_RIM/RIM2/RIM2.php

VINEL Virginie, DIASIO Nicoletta, « Ménopause », *in* Bernard Andrieu et Gilles Boëtsch (dir.), *Dictionnaire du corps*, Paris, CNRS Éditions, 2006, pp. 309-310

WITTIG Monique, *La pensée straight.* Paris, Éditions Balland, 2001

ZEGAÏ Mona, « La mise en scène de la différence des sexes dans les jouets et leurs espaces de commercialisation », *Cahiers du Genre*, 2010/2, n°49, pp. 35-54

ZOLESIO Emmanuelle, « Des femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie », *Travail, genre et sociétés*, 2009/2, n°22, pp. 117-133

Littérature médicale, vulgarisation médicale et psychanalytique

ARNAUD Robert, *La ménopause à travers l'Histoire,* Rueil-Malmaison, Laboratoires Ciba-Geigy, 1995

BELOT-FOURCADE Pascale, WINAVER Diane (dir.), *La ménopause, regards croisés entre gynécologues et psychanalystes*, Paris, Éditions Erès, 2004

BERGERET-AMSELEK Catherine, *La femme en crise ou la ménopause dans tous ses éclats*, Paris, Desclée de Brouwer, 2005

CARRERE D'ENCAUSSE Marina Dr, CYMES Michel Dr, *La ménopause*, Paris, Éditions Marabout, 2005

CHAINE Caroline Dr, *Le petit livre de la ménopause*, Paris, Éditions Odile Jacob, 2004

DALCHE Dr, « Troubles gastriques de la ménopause et leur traitement », *La Tribune médicale*, 1900

DEUTSCH Hélène, *La psychologie des femmes*, Paris, PUF, 1987

Dictionnaire médical, Paris, Éditions Masson, 2009

DONNADIEU Anne-Claire, FIRTION Céline, *Gynécologie obstétrique*, Paris, Elsevier Masson, 2006

DRAPIER-FAURE Évelyne, JAMIN Christian, *La ménopause*, Éditions Doin Groupe Liaisons, 2003

FERNANDEZ Hervé (dir.), *Traité de gynécologie*, 2005, Paris, Éditions Flammarion

FRYDMAN René, BOUCHARD Philippe, *La chimie féminine*, Éditions Odile Jacob, Paris, 2006

GABORIAU H., GABORIAU A., *Les trois âges de la femme. Puberté, maternité, ménopause*, Paris, Librairie Larousse, 1923

GARDANNE Charles-Pierre-Louis (de), *Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique,* Paris, Gabon, 1816. En ligne : http://archive.org/stream/avisauxfemmesqui00gard/avisauxfemmesqui00gard_djvu.txt

GARDANNE Charles-Pierre-Louis (de), *De la ménopause ou de l'âge critique des femmes,* Paris, Méquignon-Marvis, 1821

GERAULT Guillaume, *Mieux vivre la ménopause, le petit livre des huiles essentielles*, Paris, Éditions Albin Michel, 2010

GIRAUD Jean-Robert, ROTTEN Daniel, BREMOND Alain, POULAIN Patrice, *Gynécologie*, Paris, Éditions Masson, 2002

GUEYDAN Madeleine, *Femmes en ménopause. Les transformations psychiques d'une étape de vie*, Éditions Erès, 1991

GUIMBAIL Henri, *De la folie à la ménopause*, Paris, Delahaye et Lecrosnier, Libraires-Éditeurs, 1884

HIPPOCRATE, *L'Art de la médecine*, Paris, Éditions Flammarion, 1999

KERVASDOUE Anne de (Dr), *Questions de femmes*, Éditions Odile Jacob, 1996, 2004

LADOUCETTE Olivier de, *Le guide du bien vieillir*, Éditions Odile Jacob, 2000

La médecine traditionnelle japonaise, Paris, Éditions L'Harmattan, 2001

LAZNIK Marie-Christine, *L'impensable désir : sexualité et féminité au prisme de la ménopause*, Paris, Éditions Denoël, 2003

LEMOINE-DARTHOIS Régine, WEISSMAN Elisabeth, *Elles croyaient qu'elles ne vieilliraient jamais*, Paris, Éditions Albin Michel, 2000

LOPES Patrice, TREMOLLIERES Florence, *Guide pratique de la ménopause*, Paris, Éditions Masson, 2004

MARRET Henri, WAGNER-BALLON Jacques, GUYOT Hervé, *101 questions en gynécologie-obstétrique*, Éditions Masson, 2004

MENVILLE Charles, *De l'âge critique chez les femmes, des maladies qui peuvent survenir à cette époque de la vie et des moyens de les combattre et de les prévenir*, Paris, Germer Baillière, 1840

« Mieux vivre la ménopause », *Flash Santé 25*, Mutualité Française

MIMOUN Sylvain, « Ménopause, andropause, est-ce la même histoire ? » *in* Bélot-Fourcade Pascale *et al*., *La ménopause, regards croisés entre gynécologues et psychanalystes*, Paris, Éditions Erès, 2004, pp. 119-128

NAZIR Hamad, « La question de la filiation dans la famille contemporaine », *Journal français de psychiatrie*, 2010/2 n° 37, pp. 42-45

PELISSIER-LANGBORT Clara, *Guide pratique de gynécologie*, Paris, Masson, 2001, p. 98

PERICONE Nicole, « Chacun cherche sa place. Grands-parents/petits-enfants, ce lien fort et discret dans la famille recomposée », *Dialogue*, 2013/3, n°201, pp. 83-89

PHILIPPE Henri-Jean (coord.) *Gynécologie obstétrique*, sous l'égide du Collège national des gynécologues et obstétriciens français et de la Conférence nationale des PU-PH en gynécologie-obstétrique, Paris, Elsevier Masson, 2006

POUJADE Olivier, MOUGEL Laurence, CECCALDI Pierre-François, *Gynécologie obstétrique*, Paris, Éditions Ellipses, 2011

Préménopause et Ménopause, Mémento Santé, Santésis, 2010

REMOND A., VOIVENEL P., « Essai sur le rôle de la ménopause en pathologie mentale », *L'Encéphale- Revue de psychiatrie clinique, biologique et thérapeutique*, 1911, vol. 6, n° 2, pp.113-126

RONGIERES Catherine, NISAND Israël, *Gynécologie obstétrique*, Paris, Groupe Liaisons, 2002

ROZENBAUM Henri, *La femme de 40 ans*, Paris, Éditions Eska, 2001

ROZENBAUM Henri, *La ménopause heureuse, une approche médicale et scientifique*, Paris, Éditions Odile Jacob, 2004

SALAMA Gérard Dr, DEMARTA Nathalie, *Confidences d'un gynécologue*, Paris, Plon, 2005

SALDMANN Frédéric Dr, *La vie et le temps. Les nouveaux boucliers anti-âge*, Éditions Flammarion, 2011

TOURRIS Henri de, MAGNIN Guillaume, PIERRE Fabrice, *Gynécologie et obstétrique*, Éditions Masson, Paris, 2000

WEIL-OLIVIER Catherine, *Vie de femmes. 50 ans d'avancées médicales*, Paris, Éditions John Libbey Eurotext, 2008

Autres sources :

Bible de Jérusalem

CESTAC Florence, *Le démon du soir ou la ménopause héroïque,* Paris, Dargaud, 2013

DESPENTES Virginie, *Baise-moi,* Paris, Éditions J'ai Lu, 1999

LECLERC Annie, *Parole de femme*, Paris, Éditions Grasset & Fasquelle, 1974

MORIN F. Edmonde, *La rouge différence,* Paris, Éditions du Seuil, 1982

ANNEXES

Caractéristiques des interviewées

	Age	Age début ménopause	Profession	Lieu de résidence	Profession du conjoint	Nombre d'enfants	Type de traitement
Annette	57	51	Retraitée Institutrice	Semi-rural	Retraité Instituteur	2	Plantes THS
Bernadette	62	48	Commerçante	Urbain	Décédé Commerçant	1	THS
Claude	65	51	Retraitée Cadre commerciale	Urbain	Retraité DRH	1	THS
Corinne	45	45	Assistante de direction	Urbain	Electricien	2	Calcium
Dinah	58	52	Avocate	Urbain	-	4	Aucun
Évelyne	59	54	Sans profession	Urbain	Directeur d'une société	2	Soja
Geneviève	58	50	Retraitée Secrétaire	Semi-rural	Retraité Employé à la cour des comptes	2	THS
Hélène	62	57	Cadre dans l'édition	Urbain	-	1	Aucun
Inès	59	51	Agent immobilier	Urbain	Cadre dans l'informatique	1	THS
Jacqueline	58	50	Sans profession	Urbain	Directeur d'une société	2	Aucun
Josée	65	50	Retraitée Vendeuse	Semi-rural	-	2	Aucun
Joséphа	62	55	Retraitée Assistante de direction	Urbain	Retraité Comptable	2	THS
Julie	54	48	Urbaniste	Urbain	Chercheur	2	THS
Léa	52	50	Chargée de paie	Rural	Manutentionnaire	2	Plantes
Lisette	57	51	Sans profession	Semi-rural	Cadre dans les ressources humaines	2	Soja
Marie-Claire	61	52	Retraitée Enseignante	Semi-rural	Chef de projet informatique	5	THS

Marthe	51	49	Au chômage Employée dans les ressources humaines	Urbain	Employé dans les ressources humaines	Aucun	THS
Maud	50	49	Juriste	Urbain	Géomètre	2	THS
Monique	57	52	Vendeuse	Urbain	Technicien en informatique	2	Abufène
Mylène	52	46	Secrétaire	Urbain	Agent de maintenance	1	THS
Nora	53	51	Sans profession	Urbain	Ouvrier spécialisé	5	THS
Odette	49	49	Gérante de société	Semi-rural	Professeur au collège	2	Aucun
Pascale	56	51	Secrétaire générale dans la fonction publique	Urbain	Cadre dans la fonction publique	1	THS
Patricia	58	55	Art thérapeute	Semi-rural	-	3	Aucun
Pauline	55	50	Assistante maternelle	Rural	Commerçant	3	Plantes
Rachel	61	55	Retraitée Cadre dans la fonction publique	Semi-rural	Enseignant	3	THS
Rose	58	48	Bibliothécaire	Urbain	-	2	THS
Roselyne	54	53	Manutentionnaire	Rural	Manutentionnaire	3	Plantes
Sophie	55	50	Secrétaire	Urbain	Commerçant	6	Complément alimentaire
Virginie	46	45	Coordinatrice de l'animation dans une école	Urbain	Responsable import-export dans une entreprise	2	Aucun

Guide d'entretien individuel

1. La ménopause : retour sur l'expérience

Comment s'est passé la ménopause pour vous ? Racontez-moi…
A quel âge?
Pouvez-vous me raconter ?
Qu'avez-vous ressenti ? Qu'avez-vous pensé ?

2. Les règles

Est-ce que vous vous souvenez de vos premières règles ? Racontez-moi…
A quel âge?
Qu'avez-vous ressenti ?
En avez-vous parlé avec quelqu'un ? Avec qui ?
Pouvez-vous me raconter ce dont vous avez parlé ?
Que représentait le fait d'avoir vos règles pour vous ? Pourquoi ?

3. La vie gynécologique

Comment se passaient vos règles ?
Preniez-vous une contraception ? Laquelle ? Pourquoi ?
Avez-vous eu des enfants ?
Que représentait le fait d'avoir des enfants pour vous? Pourquoi ?
A vos yeux, y a-t-il un âge pour faire des enfants ? Pourquoi ?
Avez-vous eu des opérations gynécologiques ?

4. La ménopause : approfondissement de l'expérience

Les manifestations

Avez-vous ressenti des manifestations particulières à la ménopause ?
Lesquelles ?
Pouvez-vous me le(s) décrire ?
Qu'avez-vous ressenti ? Qu'en avez-vous pensé ?
A votre avis, à quoi ces manifestations sont-elles dues ?
Est-ce que vous avez fait des choses particulières ?
Qu'avez-vous pensé face au fait de ne plus avoir de règles ?

La consultation médicale

Etes-vous allée chez le médecin à la période de la ménopause ?
A quel moment ? Pourquoi ?
Pour quelle(s) raison(s) avez-vous consulté un médecin ?

Comment s'est déroulée la consultation ?
Qu'est-ce qu'il vous a dit ?

Le traitement

Avez-vous pris un traitement à la ménopause?
Pourquoi ? Racontez-moi…
THS ? Pourquoi ? Qu'en avez-vous pensé ?
Autre type de traitement? Lequel ? Pourquoi ? Qu'en avez-vous pensé ?

La perception de la ménopause

Comment vous définiriez la ménopause ?
Que se passe-t-il selon vous à la ménopause ?
A quoi est due la ménopause ?

Les interactants

Avez-vous parlé de la ménopause avec d'autres personnes ? Pourquoi ?
Avez-vous parlé de la ménopause avec d'autres femmes? Qui ? Mère, aïeule, amie ? Pourquoi ?
Pouvez-vous me raconter ce dont vous avez parlé ?
Est-ce important de pouvoir en parler avec d'autres femmes ? Pourquoi ?
Avez-vous parlé de la ménopause avec votre conjoint.e de la ménopause ? Pourquoi ?
Pouvez-vous me raconter ce dont vous avez parlé ?
Est-ce important de pouvoir en parler avec son/sa conjoint.e ? Pourquoi ?
A votre avis, est-ce que la ménopause change quelque chose dans le couple ? Pourquoi ?

Les pratiques d'informations

Est-ce que vous vous êtes renseigné au sujet de la ménopause ?
A quel moment ?
Quelles sources avez-vous consulté? Pourquoi ?
En qui/en quoi avez-vous le plus confiance ?
Que pensez-vous de l'image de la ménopause dans les médias ? Et de l'image des femmes ménopausées ?

Les habitudes de vie :

Avez-vous changé des habitudes à la ménopause ? Lesquelles ? Pourquoi ?

Les changements

Finalement, est-ce que vous trouvez qu'il y a des changements à la ménopause ?
Lesquels ?
Qu'en pensez-vous ?

Guide d'entretien de groupe

1. Associations spontanées

Si je vous dis…. « ménopause », dites-moi tout ce qui vous passe par l'esprit : tous les mots, les images, les sentiments, les adjectifs, les sensations qui vous viennent…

Revenir sur tel mot choisi :
Ce mot-là, vous pouvez m'en dire plus ? Qu'est-ce que ça évoque pour vous ?
Qu'est-ce qui vous a fait penser à ça ?

2. Exercice projectif : le portrait chinois

Si la ménopause était :
- un animal ? Pourquoi ?
- un des quatre éléments (air, terre, eau, feu) pourquoi ?
- un objet ? Quel genre… pourquoi ?
- un sentiment ? Agréable ou désagréable ? Pourquoi ?

3. Expérience de la ménopause

Vous pouvez me décrire ce qui s'est passé pour vous à la ménopause ?

Les manifestations

Avez-vous ressenti des manifestations particulières à la ménopause ?
Lesquelles ?
Pouvez-vous me le(s) décrire ?
A votre avis, à quoi sont-elles dues ?
Est-ce que vous avez fait des choses particulières ?

La consultation médicale

Etes-vous allée chez le médecin à la période de la ménopause ?
A quel moment ? Pourquoi ?
Pour quelle(s) raison(s) avez-vous consulté un médecin ?
Comment s'est déroulée la consultation ?
Qu'est-ce qu'il vous a dit ?

Le traitement

Avez-vous pris un traitement à la ménopause?
Pourquoi ? Racontez-moi…
THS ? Pourquoi ? Qu'en avez-vous pensé ?
Autre type de traitement ? Lequel ? Pourquoi ? Qu'en avez-vous pensé ?

La perception de la ménopause

Comment vous définiriez la ménopause ?
Que se passe-t-il selon vous à la ménopause ?

A quoi est due la ménopause ?

Les interactants
Avez-vous parlé de la ménopause à d'autres personnes ?
Pourquoi ?
Qu'est-ce que vous en attendiez ?
Qu'est-ce que ça vous a apporté ?
Est-ce important de parler de la ménopause ? Pourquoi ? Qu'est-ce que ça apporte ?

4. Sources d'informations

Auprès de qui trouvez-vous de l'information sur la ménopause ?
Où est-ce qu'on trouve de l'information sur la ménopause ?
En qui/en quoi avez-vous le plus confiance ?

5. Exercice projectif : le portrait

On imagine que la ménopause est une personne, elle entre ici, dans notre salon, décrivez-la moi :
- un homme ou une femme ?
- comment est-elle physiquement ? Décrivez-la moi…
- son attitude ? (à l'aise, timide, calme, en colère ?)
- qu'est-ce qu'elle dit quand elle entre dans la pièce ? Pourquoi ?
- qu'est-ce qu'elle fait quand elle entre dans la pièce ? Pourquoi ?
- on a quelle impression quand on la voit ? On a envie d'aller vers elle ? Pourquoi ? On a envie de parler avec elle ? Pourquoi ?
- finalement, nous, qu'est-ce qu'on lui dit quand elle entre dans la pièce?

6. Exercice projectif : le pays

On imagine que la ménopause est un pays. On prend l'avion et on arrive au pays de la ménopause. On sort de l'avion… dites-moi :
- qu'est-ce qu'on voit au pays de la ménopause quand on y arrive ?
- décrivez-moi les paysages, les couleurs.
- on s'y sent bien ? Pourquoi ?
- comment sont les habitants ? - ils ressemblent à quoi ?
- leur caractère ?
- quelles sont leurs activités ?
- ils sont heureux ? Malheureux ? Pourquoi ?
- ils sont en bonne santé ?
- quels sont leurs espoirs ? Leurs regrets ?
- comment voient-ils le futur ?
- est-ce que ce pays a un avenir ? Lequel ? Comment l'imaginez-vous ?

Conclusion
Que diriez-vous à une femme qui va bientôt être ménopausée ? Pourquoi ?
Quels conseils lui donneriez-vous ?

PLANCHES D'ILLUSTRATION

PLANCHE 1

Ménopause

Recommander 1 Envoyer Tweeter

Autres problèmes liés à la ménopause

Aujourd'hui, les femmes restent jeunes plus longtemps. Mais après la cinquantaine, les risques de développer certaines maladies sont nombreux. Des cancers aux troubles gynécologiques, ces problèmes doivent faire l'objet d'une prévention adaptée et d'examens de dépistage spécifiques. Découvrez l'essentiel sur ces fléaux féminins.

Les cancers de la femme

Chaque année en France, 42 000 femmes découvrent qu'elles sont victimes d'un cancer du sein, 19 000 d'un cancer du côlon, 4 500 d'un cancer de l'ovaire, 3 400 encore d'un cancer du col de l'utérus ... Ces cancers peuvent être prévenus grâce à un dépistage régulier et quelques règles d'hygiène de vie. Tous les moyens de lutte et de prévention sont dans nos dossiers.

- Cancer de l'ovaire
- Cancer du col de l'utérus
- Cancer du côlon
- Cancer du poumon
- Cancer du sein
- Les cancers de la femme
- Cancer : quels sont vos risques ?

Problèmes urinaires et gynécologiques

Après la ménopause, les organes sexuels subissent quelques modifications qui les rendent plus vulnérables aux infections. Par ailleurs, le relâchement des muscles du périnée peut favoriser la survenue d'incontinence ou de prolapsus. Quelques dossiers à ne pas manquer.

image : http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/menopause/niv2/menopause-autres-dangers.htm

image : *Top Santé* Hors-série, *200 Questions-Réponses sans tabou sur la ménopause*

PLANCHE 2

Ménopause : trop d'oestrogènes augmenterait le risque d'AVC

Le 12/06/2012 - Aurélie Blaize, journaliste santé

Réagissez ! - 1 commentaire

On croyait jusqu'ici que les oestrogènes favorisaient la protection des femmes face aux maladies cardiovasculaires. Une étude menée par des chercheurs de l'Inserm vient contredire cette hypothèse.
Après avoir suivi 6000 femmes âgées de plus de 65 ans pendant 4 ans, ces scientifiques se sont rendus compte que celles ayant les taux les plus élevés d'œstradiol (hormone oestrogénique la plus active) avaient deux fois plus de risque de présenter un accident vasculaire cérébral ou un infarctus. La quantité d'oestrogènes naturelles pourrait ainsi devenir un facteur de risque de maladies cardiovasculaires, au même titre que le taux de cholestérol, l'hypertension ou le surpoids.
A noter : Les recherches conduites ici ne portaient pas sur la prise de traitements hormonaux de la ménopause (traitements prescrits pour contrebalancer la chute d'oestrogènes). Néanmoins, les chercheurs ont recommandé d'éviter ces traitements.

image : http://www.medisite.fr/a-la-une-menopause-trop-d-oestrogenes-augmenterait-le-risque-avc.211075.2035.html

Et si c'était la ménopause ?

Certaines manifestations cliniques et biologiques peuvent évoquer l'arrivée de la ménopause, cette étape-clef de la vie d'une femme. Découvrez-les sans attendre. **Lire**

image : http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/menopause/articles/8432-menopause-premiers-symptomes.htm

PLANCHE 3

Ménopause : le traitement hormonal reste controversé

Mots clés : ménopause, gynécologie, Traitement hormonal
Par damien Mascret - le 11/12/2012

Une étude récente plaide pour la réhabilitation du traitement accusé d'effets secondaires graves, à conditions de respecter certaines précautions.

Le temps est-il venu de réhabiliter le **traitement hormonal substitutif (THS)** de la ménopause? La question agitait la semaine dernière les gynécologues français réunis en congrès à Paris. Dans les années 1980 et 1990, le THS (association d'œstrogènes et de progestatifs) était quasiment proposé à toutes les femmes au moment de la ménopause. C'était avant qu'une grande étude américaine, la Women Health Initiative (WHI) portant sur 16.000 femmes, ne montre en 2002 des risques nettement accrus de **cancer du sein**, de **thrombose veineuse** et d'accidents cardio-vasculaires avec le THS. Résultat: une baisse de 73 % des ventes de THS entre 2002 et 2011.

«Nous sommes dix ans après la WHI, souligne le Pr Patrice Lopes, président du Groupe d'étude de la ménopause et du vieillissement hormonal (Gemvi), on comprend mieux pourquoi dans cette étude les risques l'emportaient nettement sur les bénéfices.» Pour les spécialistes français, une étude présentée le mois dernier, baptisée Keeps, est plutôt rassurante à condition de respecter certaines précautions.

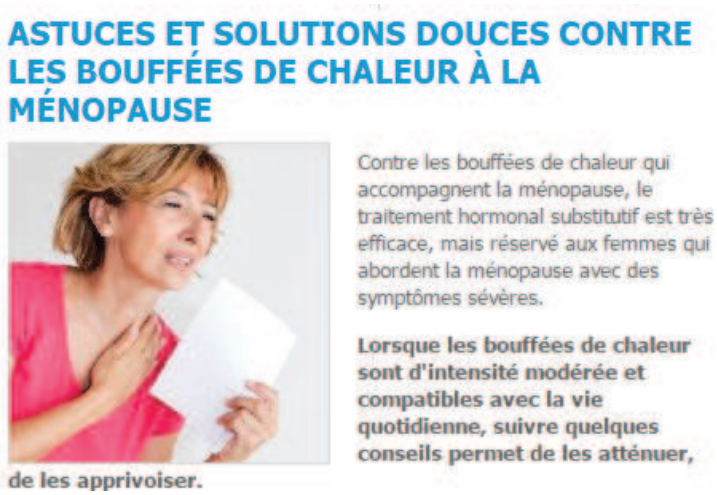
Tout d'abord, explique le Pr Lopes, «si on décide de prendre des hormones, il faut le faire tôt. Au mieux dans les cinq ans, au pire dans les dix ans.» Dans l'étude WHI, le traitement était amorcé vers 63 ans, soit une dizaine d'années après la ménopause. «Une femme récemment

CHASSENET/BSIP/BSIP/CHASSENET

Le traitement a des bénéfices sur les bouffées de chaleur, l'humeur, la qualité de vie ou l'ostéoporose.

LA BANQUE POSTALE PRÉSENTE
Devenez acteur de votre santé
Un guide pratique

image : sante.lefigaro.fr/actualite/2012/12/11/19548-menopause-traitement-hormonal-reste-controverse



ASTUCES ET SOLUTIONS DOUCES CONTRE LES BOUFFÉES DE CHALEUR À LA MÉNOPAUSE

Contre les bouffées de chaleur qui accompagnent la ménopause, le traitement hormonal substitutif est très efficace, mais réservé aux femmes qui abordent la ménopause avec des symptômes sévères.

Lorsque les bouffées de chaleur sont d'intensité modérée et compatibles avec la vie quotidienne, suivre quelques conseils permet de les atténuer, de les apprivoiser.

image : http://www.e-sante.fr/astuces-solutions-douces-contre-bouffees-chaleur-menopause/actualite/1695

Les graines de lin inefficaces contre les bouffées de chaleur

mardi 07 juin 2011

Les bouffées de chaleur sont communes à la ménopause ou lors de l'utilisation de certains traitements hormonaux du cancer du sein. Leur fréquence et leur intensité peut avoir un impact réel sur la qualité de vie des femmes qui en souffrent. Un temps pressenties comme pouvant avoir un effet bénéfique, les graines de lin seraient finalement inefficaces pour réduire la fréquence de ces symptômes.

image : http://news.doctissimo.fr/Sante/Les-graines-de-lin-inefficaces-contre-les-bouffees-de-chaleur-23875

PLANCHE 4

Pourquoi les femmes ont des sautes d'humeur pendant la ménopause ?

Réagissez ! - 1 commentaire

Si vous êtes victime de sautes d'humeur pendant la ménopause c'est à vos parents qu'il faut en vouloir, révèle une étude britannique.

Les sautes d'humeur au cours de la ménopause seraient le résultat d'une guerre génétique entre l'ADN hérité de la mère et celui du père. C'est en tout cas ce qu'affirment les scientifiques de l'université Royal Holloway (Grande-Bretagne) qui ont travaillé en collaboration avec l'université d'Hayama au Japon. Selon eux, les gènes masculins transmis pas le père veulent accélérer la ménopause pour stopper le processus d'ovulation alors que ceux de la mère veulent le faire perdurer. Ce conflit d'intérêt pourrait expliquer pourquoi les femmes deviennent

image : http://www.medisite.fr/a-la-une-pourquoi-les-femmes-ont-des-sautes-dhumeur-pendant-la-menopause.505255.2035.html

image : Top Santé Hors-Série, *200 Questions-Réponses sans tabou sur l'anti-âge*

Sautes d'humeur à la ménopause : la guerre des gènes !

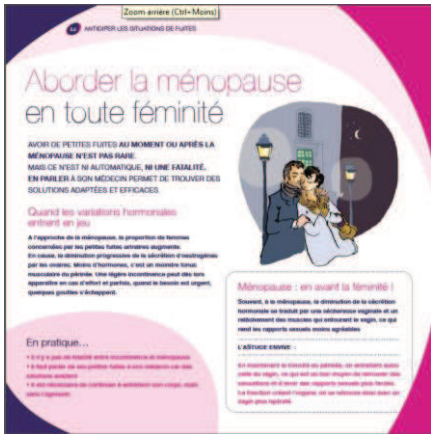
SANTE NEWS SANTE

image : http://www.femmeactuelle.fr/sante/news-sante/menopause-et-sautes-d-humeur-16458

PLANCHE 5

image : *Le nouvel Observateur*, n°2400, semaine du 4 au 10 novembre 2010

PLANCHE 6


Zoom arrière (Ctrl+Moins)
ANTICIPER LES SITUATIONS DE FUITES
Aborder la ménopause
en toute féminité
AVOIR DE PETITES FUITES AU MOMENT OU APRÈS LA MÉNOPAUSE N'EST PAS RARE.
MAIS CE N'EST NI AUTOMATIQUE, NI UNE FATALITÉ.
EN PARLER À SON MÉDECIN PERMET DE TROUVER DES SOLUTIONS ADAPTÉES ET EFFICACES.
Quand les variations hormonales entrent en jeu
En pratique...
Ménopause : en avant la féminité !

Fleurance nature
COMPLEXE FÉMINITÉ
Isoflavones de soja, sauge, houblon, vitamines, minéraux
Action jour
Action nuit
Formule complète pour la ménopause - 24h/24

Bio
MENOPAUSE
"Féminité retrouvée"
60 comprimés (Poids net: 39g)
2 comprimés matin et soir

Fleurance nature
CAPITAL FÉMINITÉ
Isoflavones de soja, sauge, houblon, vitamines, minéraux
Pour une ménopause en toute sérénité
Action Jour / Action Nuit
FEMINITY CAPITAL

Table des matières

Remerciements 5

Sommaire 7

Introduction générale 9

Chapitre I. La ménopause : état des lieux de la recherche 15

1. La question de la ménopause : constitution d'un objet de recherche 17

2. La ménopause: problématisation autour d'œuvre-clés 15

2.1. Une femme « comme un homme » : la cessation des menstruations au cœur des rapports sociaux de sexe 19

2.2. De l'insignifiance de la ménopause 30

2.3. Le chemin du sang : le processus physiologique et social des ménarches à la ménopause 43

2.4. La typologie dans l'analyse de l'expérience de la ménopause 62

2.5. Ménopause et changement social 71

2.6. La ménopause, un enjeu politique 76

2.7. Ménopause et mitan de vie : le prisme de la recomposition identitaire au féminin autour de la cinquantaine 100

2.8. La question de la ménopause sociale 105

Chapitre II. Cadre théorique et méthodologique 111

1. Cadre théorique 113

1.1. Une réalité sociale construite, fruit d'interactions 113

1.2. Le genre : contre un universalisme essentialisant, dépasser la dichotomie nature/culture et faire émerger le genre comme principe du sexe 117

2. Cadre méthodologique 124

3. Retour sur un terrain d'enquête 130

Chapitre III. La construction sociale de la ménopause : une production du genre..... 141

Introduction 143

1. Le discours médical au sujet de la ménopause, producteur du corps féminin et de sa physiologie..... 145

1.1 Quand la ménopause n'existait pas : de la « cessation des menstrues » à l' « âge critique » 147

1. 2 La « fabrique du sexe » : des conditions de création de la ménopause…….156

1.3 Côtoiement des étiologies 167

1.4 Le mythe de « l'hormone de féminité » ou la ménopause comme déficience principielle à partir des années 1920 171

1.5 La construction de la ménopause dans le discours médical français au début du XXIe siècle : le genre à l'œuvre aujourd'hui 175

2. Le théâtre de la ménopause : la construction de la ménopause dans les relais culturels du discours médical 187

2.1 La construction de la ménopause dans le discours médiatique ou la dramaturgie biologique 147

2. 2 La ménopause comme substrat de consommation : la production du genre dans le dispositif publicitaire……...220

2.3 Le discours psychanalytique sur la ménopause ou la psyché comme double de la biologie 227

Conclusion du troisième chapitre 237

Chapitre IV. Normes de genre et usage du corps. Apprentissage et socialisation de la ménopause sociale à la ménopause physiologique..... 239

Introduction 241

1. De la ménopause sociale à la ménopause physiologique, un parcours d'apprentissage 243

1.1 La ménopause sociale, une norme croisant genre et âge. Caractérisation, représentations et expériences 243

1.2 L'apprentissage au cœur de l'expérience de la ménopause physiologique..... 261

2. La ménopause physiologique, produit de socialisation 291

2.1 L'affranchissement de l'impure nécessité : le sang des menstruations au cœur de l'expérience de la ménopause physiologique 293

2.2 Incorporation des normes de genre : les effets de la construction sociale de la ménopause physiologique..... 310

2.3 Entre civilisation et discipline, des formes de résistance individuelle..... 322

2.4 « Mine de rien » : l'usage de l'humour à la ménopause comme signe de l'incorporation du stigmate..... 322

Conclusion du quatrième chapitre 337

Chapitre V. Trajectoires de ménopause..... 339

Introduction 341

1. De la « trajectoire » comme concept opératoire dans le cadre de l'analyse de l'expérience de la ménopause..... 343

1.1 Retour sur le concept de trajectoire..... 378

1.2 La trajectoire de ménopause physiologique : de son avènement à son terme, une logique processuelle 393

2. Les facteurs influençant la trajectoire de ménopause..... 351

2.1 Le calendrier féminin de fécondité et de stérilité..... 351

2.2 Les représentations du signe du corps : des bouffées de chaleur comme stigmate ou épreuve d'endurance..... 365

2.3 Le partage de l'univers de signification avec le médecin 378

2.4 Le partage de l'univers de signification avec l'autrui significatif..... 393

3. Typologie de trajectoires de ménopause 411

3.1 Trajectoire de confirmation de la réalité 411

3.2 Trajectoire de maintenance de la réalité..... 413

3.3 Trajectoire d'infirmation de la réalité 417

3.4 Continuum de trajectoires 420

Conclusion du cinquième chapitre 421

Conclusion générale 423

Bibliographie 433

Annexes 451

Description des caractéristiques des interviewées 453

Guide d'entretien individuel 455

Guide d'entretien de groupe 457

Planches d'illustrations 459

Table des matières 465

Cécile CHARLAP

La fabrique de la ménopause

Résumé

Ce travail de thèse interroge la ménopause en tant que catégorie et en tant qu'expérience. Il prend pour objet les acteurs et les mécanismes de la « fabrique » de la ménopause ainsi que ses effets afin de mettre en évidence comment physiologie et rapports sociaux se nouent. La construction sociale de la ménopause, son traitement social et l'expérience des femmes dans le contexte actuel français sont étudiés à partir d'un double matériau : les discours sociaux portant sur la ménopause et des entretiens approfondis menés auprès de femmes ménopausées. L'étude de la construction de la ménopause dans les discours médicaux souligne, tout d'abord, le caractère fondamental du genre dans la production de cette catégorie, aujourd'hui mise en scène dans des relais culturels (médias et publicités). Nous analysons, ensuite, l'expérience de la ménopause comme un apprentissage. Avec pour objectif de « dénaturaliser » la ménopause, nous éclairons la socialisation dont elle est le fruit et les interactions où s'en réalise l'apprentissage. Enfin, loin d'être un évènement, la ménopause constitue un processus dynamique, informé par des rapports sociaux et produit de représentations. Nous appréhendons l'expérience de la ménopause en tant que trajectoire influencée par différents facteurs qui mettent en jeu les normes d'âge en termes de fécondité, les représentations du corps ainsi que deux interactants clés : le médecin et l'autrui significatif.

mots-clés : ménopause, genre, catégories médicales, interactionnisme, trajectoire

This PhD deals with menopause as a category and an experience. It aims to understand the actors and the mechanisms through which menopause is "made", as well as their effects, in order to underline how physiology and social relations are intertwined. The social construction of menopause, its social treatment and women's' lived experiences in the French context are examined from a double perspective: social discourses about menopause and interviews carried out with menopausal women. Firstly, the social construction of menopause in medical discourses reveals the crucial importance of gender in the production of this category, nowadays extremely dramatized in media and advertisement. We then proceed to analyze menopause as a learning process. In order to "denaturalize" menopause, we focus on the socialization which it is a product of, and the interactions which constitute its learning process. Finally, we examine menopause as a process fashioned by social relationships and representations, a trajectory where norms of age and fecundity, representations of the body, and key interactions with physician and significant other are at play.

Key-words : menopause, gender, medical categories, interactionism, trajectory