

**Colloque : Femmes d'âge moyen, identités narratives et sur-médicalisation ; Un autre regard sur cette période qu'on appelle la « ménopause » organisé par l'ASBL Femmes et Santé Bruxelles 11.3.2006**

Conférence Prof. Dr. Petra Kolip, Brême

**Médicalisation de la ménopause**

Mesdames et messieurs,

Permettez-moi de vous remercier chaleureusement de m'avoir, à ma grande joie, conviée à vous rejoindre à Bruxelles! Par ailleurs, je me réjouis qu'à votre initiative, un colloque soit organisé sur le thème de la ménopause. Depuis plus de 15 années, j'étudie la façon dont des processus corporels normaux au cours de la vie des femmes sont redéfinis pour devenir des pathologies nécessitant des soins. Mon intérêt porte particulièrement sur le rôle endossé par les divers acteurs face à ce processus et sur les besoins des femmes désireuses de poursuivre leur propre parcours. La ménopause a, en l'occurrence, valeur d'exemple et au cours des dernières années, il est apparu clairement que le préjudice subi par les femmes est souvent très grave.

J'examinerai la ménopause sous un angle sociologique. J'ai suivi une formation en psychologie et je suis employée dans le domaine de la santé publique. La dimension médicale m'intéresse moins que les femmes elles-mêmes : Quels sont les besoins exprimés par les femmes en terme d'accompagnement durant la ménopause ? Dans la mesure où les femmes ont besoin d'accompagnement, bien sûr ! Comment ces besoins peuvent-ils être satisfaits? Comment mettre en place les conditions qui encadreront la transformation de la ménopause en une phase de vie stimulante et active pour les femmes ? La présente contribution s'inscrira également dans cette perspective.

Dans un premier temps, je me pencherai sur la signification du concept de „médicalisation“. Ensuite, je creuserai un peu plus en profondeur le thème de la « thérapie hormonale » car cette voie thérapeutique constitue la forme de médicalisation la plus évidente. Dans un troisième temps, nous nous intéresserons à la question de l'identité des protagonistes de la médicalisation et des motivations qui animent ces acteurs. En guise de conclusion, j'entends ouvrir, d'un point de vue subjectif, quelques pistes d'action.

## 1. Qu'est-ce que la médicalisation?

J'aborde ici un premier volet, à savoir la signification du concept de médicalisation. En l'occurrence, je souhaiterais exposer la thèse suivante : La ménopause correspond, dans la vie des femmes d'âge mûr, à une phase normale qui est considérée par la médecine comme une pathologie ou un trouble nécessitant un traitement. Attardons-nous tout d'abord auprès de ces femmes! Les études scientifiques font rarement état de leur point de vue. Nos connaissances se limitent aux troubles rencontrés par les femmes durant la ménopause : Elles souffrent de symptômes tels que des bouffées de chaleur et une transpiration abondante, des troubles du sommeil, un assèchement des muqueuses, des troubles des voies urinaires, parmi d'autres. La conviction que l'ensemble des femmes ménopausées souffre est toutefois erronée. Des études internationales attestent que seul un tiers des femmes souffre de troubles sérieux. Un tiers se plaint de maux de gravité moyenne tandis qu'un dernier tiers fait certes état de symptômes et de signes, mais ne perçoit pas ceux-ci comme une source de désagrément.

Permettez-moi de considérer tout d'abord le dernier groupe cité ! Ce groupe présente, certes, de nombreuses caractéristiques captivantes mais la littérature scientifique ne rassemble que peu d'informations sur ces femmes pour qui la vie durant la ménopause suit un cours parfaitement normal et qui n'affirmeraient même pas vivre une phase de bouleversements. Nous avons interrogé des femmes entre 50 et 69 ans en ces termes : « Quelles furent, pour vous personnellement, les changements les plus importants liés à la ménopause ? » Naturellement, les femmes se sont plaintes de maux, mais ces derniers ne composèrent qu'une minime partie des réponses. Les réponses se révélèrent très diverses : « J'abordais le train-train quotidien avec plus de calme et de distance, mes cheveux se mirent à grisonner, le sexe me procurait plus de plaisir, je me suis mariée pour une deuxième fois, j'éprouvais un sentiment de liberté, j'ai perdu mon emploi » et bien d'autres réponses. Ces résultats démontrent que toutes les femmes, loin s'en faut, ne vivent pas la ménopause telle une phase de bouleversements négatifs et que la ménopause ne peut être restreinte aux seules mutations biologiques.

Les conditions générales et les expériences de vie influencent, de multiples façons et plus profondément que les transformations corporelles, le rapport à la ménopause. Lorsque je tombe amoureuse, le rapport que j'entretiens avec mon corps est probablement différent du ressenti d'une femme qui vit, depuis des années, une relation sexuelle insatisfaisante avec un partenaire. Si je perds mon emploi ou subit un revers professionnel, je vivrai la ménopause d'une façon autre que si je venais de décrocher de nouvelles responsabilités au boulot. Le marché de l'emploi n'est pas tendre pour

les travailleuses et les travailleurs vieillissants et nombreuses sont les femmes poussées vers la sortie de ce marché car il leur reste toujours l'option d'endosser le rôle de « femme au foyer ». Cette facette est rarement explorée dans la réflexion sur la ménopause.

La ménopause ouvre, dans la vie d'une femme, un chapitre de changements à plusieurs niveaux : corporel, psychique/mental et social. Il s'agit d'un processus global qui peut se répercuter sur divers plans mais ce processus ne se révèle pas dramatique pour toutes les femmes. Et toutes les femmes n'ont pas besoin d'un accompagnement professionnel durant cette période de leur vie, encore moins d'une prise en charge médicale, mais au contraire, l'aide d'une bonne conseillère conjugale ou d'un service de placement professionnel efficace.

Dans le souci d'évaluer de façon adéquate la signification sociale de la ménopause, il convient de tourner son regard vers d'autres horizons : Comment les autres sociétés appréhendent-elles la ménopause? Dans les années 70 et 80, une chercheuse canadienne, Margaret Locke, entreprit une étude sur la manière dont la ménopause était vécue en Amérique du Nord et au Japon. Initialement, elle avait l'intention de réaliser une étude au Japon et de soumettre à des femmes japonaises une liste de symptômes typiques en vue d'un comparatif de fréquence. Elle s'aperçut que cette méthodologie était inapplicable car il n'existait, dans la langue japonaise, aucun mot qui décrive le phénomène de « bouffée de chaleur ». Cela ne signifie pas que les Japonaises ne ressentent aucun trouble associé à la ménopause, mais que leurs symptômes sont différents, à titre d'exemple, des raideurs dans les épaules et des bourdonnements dans les oreilles. Cette observation nous laisse à comprendre que l'évaluation des symptômes associés à la ménopause – je préfère le terme de „signes associés à la ménopause“ – dépendent du contexte culturel. L'évaluation des symptômes diffère d'un pays à l'autre. Dans certains pays, les bouffées de chaleur sont comprises comme des signes de purification intérieure. Dans d'autres pays, la ménopause correspond à un passage vers une phase de vie plus spirituelle et est perçue sous un jour positif. La marge de perception et d'évaluation est donc vaste. Ne vous méprenez pas : Je ne prétend pas que les bouffées de chaleur dont se plaignent les Allemandes ou les Belges sont le fruit de leur imagination. Cependant, j'ai la conviction qu'il existe une différence entre vivre dans une société qui perçoit de façon positive la ménopause et le vieillissement des femmes et vivre dans une société qui appréhende la ménopause sous un angle négatif. Dans notre société, la ménopause est actuellement envisagée comme un processus de déclin psychique et corporel rapide, un chapitre de leur vie dont les femmes n'ont plus rien à attendre. Telle est la vision typique véhiculée par les brochures consacrées à la ménopause. Notre société envisage ainsi les femmes

d'âge mur : légèrement dépressives, toujours un mouchoir à portée de la main, sans perspective d'une vie passionnante et passionnée.

Cette perception ne s'est pas seulement répandue dans le monde médical, mais imprègne également les conceptions parmi le grand public et l'image que se fait la femme d'elle-même. Cette approche dépend naturellement des conditions générales qui prévalent dans la société. Permettez-moi de braquer quelques projecteurs sur certains éléments de notre culture propices à une médicalisation de la ménopause !

Revenons à la thèse exposée en guise d'introduction, à savoir que la médecine a transformé la ménopause en un mal nécessitant des soins ! Je vous ai préparé un exemple à ce propos. Lorsqu'à l'été 2002, un séisme secoua le monde médical à la suite d'une étude sérieuse qui venait enfin de démontrer que les risques associés à une thérapie hormonale étaient plus élevés que les avantages retirés, des gynécologues de Basse-Saxe, un des länder allemands, publièrent le communiqué de presse suivant : „La ménopause est une maladie et non un état naturel. Un traitement hormonal substitutif permet, chez la femme, un retour à un état naturel.“ Nous appelons cela « médicalisation ». En d'autres termes, les phases de bouleversements corporels ne sont plus envisagées comme des étapes naturelles, mais sont classées par les médecins parmi leurs champs de compétences. Tout n'est toutefois ni totalement blanc, ni parfaitement noir car les femmes sont non seulement les victimes de la médicalisation, mais y prennent aussi une part active en laissant aux mains des médecins la responsabilité de gérer ces phases de bouleversements. Ce processus peut être observé à plusieurs stades. Prenons l'exemple de la puberté ! En Allemagne, de nombreuses mères envoient, dès les premières règles, leur fille adolescente chez le médecin afin que ce dernier vérifie que „tout est en ordre“. Ce signal prévient, de la sorte, la jeune fille qu'elle ne peut se fier à ses propres sensations et que le médecin est chargé de confirmer sa normalité. Il ne traverserait l'esprit de personne d'envoyer, après sa première éjaculation, un adolescent chez un médecin qui mesurera son pénis et ses testicules et vérifiera sa normalité. Nous retrouvons ces processus de médicalisation lors de la grossesse et l'accouchement ainsi que durant la ménopause.

La médicalisation s'impose habituellement en trois étapes : Tout d'abord se produit une normalisation. Dans l'exemple de la ménopause, le niveau hormonal d'une femme de trente ans est institué en norme, toujours citée dans de nombreux manuels de gynécologie. Ensuite, tout écart par rapport à cette norme est rangé parmi les pathologies : Les femmes ménopausées souffrent d'un déficit hormonal pathologique, une insuffisance ovarienne. Cette conception se reflète, par exemple, dans le terme „traitement hormonal substitutif“. De longue date, les chercheuses en gynécologie critiquent ce terme qui suggère, comme dans le cas du diabète sucré, le remplacement

obligatoire d'une hormone. Le vocable de thérapie hormonale serait plus approprié pour indiquer, sans ambiguïté, qu'il s'agit d'un moyen thérapeutique pouvant être prescrit, durant une courte période, afin d'apaiser les troubles sérieux liés à la ménopause. La troisième étape établit la régularisation : Des médicaments sont prescrits afin de combler la carence. Il est intéressant de constater que la médicalisation n'est conseillée qu'en présence de possibilités de régularisation. En clair et sans décodeur : Lorsque le médicament est toujours à la recherche d'un marché. Ce phénomène est également observé dans d'autres domaines sous l'appellation de « disease monger ».

Je résumerais brièvement le présent chapitre en ces mots : La médicalisation se manifeste par l'importance suprême accordée aux processus biologiques, par la conviction que toutes les femmes souffrent de maux, par la perception de la ménopause comme le début d'un déclin corporel et psychique et par une définition de la ménopause la décrivant telle une „déficiência hormonale pathologique“. En l'occurrence, se dessine à nouveau l'image véhiculée par les conseillers en ménopause : Celle d'une femme aux penchants dépressifs, un mouchoir à la main.

## **2. Traitement hormonal et ménopause**

J'en arrive au deuxième volet de ma contribution : La ménopause et le traitement hormonal. Je viens d'expliquer que la médicalisation ne se manifeste qu'après la mise au point d'un médicament qu'il s'agit désormais de délivrer aux patients ou patientes. Au travers d'une petite rétrospective de l'histoire de la thérapie hormonale, je me propose d'étayer cet argument.

Au début des années 1960, les préparations hormonales conçues afin de soulager les troubles associés à la ménopause investirent pour la première fois le marché. Dès le début, ces préparations furent commercialisées au titre de médicaments destinés à apaiser les symptômes, mais aussi vantées telles des fontaines de jouvence. Cette dualité ressort très clairement dans le livre de Robert Wilson qui atteignit le sommet des ventes aux Etats-Unis et en Allemagne. Je ne pourrais dire si ce livre fut aussi un succès de librairie en Belgique. Je cite :

*Désormais, grâce aux dernières avancées médicales, il est possible pour chaque femme de préserver, en dépit des années qui passent, son sex-appeal et une sexualité active. Une prise en charge de la femme permet de conserver une sexualité et un plaisir intacts. De nombreuses difficultés conjugales trouvent ainsi une issue heureuse.*

Plus loin :

*En dépit de la ménopause, la vitalité et l'apparence juvénile sont préservées pour longtemps grâce à une thérapie combinant l'oestrogène et la progestérone. Dès lors, vous n'êtes pas condamnée à assister, sans défense, au déclin de votre féminité au fil de ces années qui devraient être les plus belles de votre vie. Vous resterez femme, tout au long de votre vie.*

Certains seraient tentés de balayer de la main ces affirmations appartenant à des temps d'euphorie désormais révolus. Cependant, cette croyance perdure encore aujourd'hui. La croyance en la capacité du traitement hormonal à retarder, voire à suspendre le vieillissement demeure de nos jours une affirmation solide, tant parmi les médecins prescripteurs que parmi les femmes. A votre intention, j'ai amené un extrait tiré du site en ligne d'un gynécologue de Cologne. Le mot « cure de jouvence » n'y apparaît évidemment pas, mais la formule magique est désormais « anti-âge » :

*La médecine moderne anti-âge ne se contente pas de réparer les dommages du temps mais présente des vertus préventives et corrige, d'ores et déjà, les premiers ratés du métabolisme.*

*En plus de conseils pointus sur le mode de vie, la substitution des hormones défaillantes freine efficacement le vieillissement.*

Sur ce site en ligne sont affichées, côte à côte, les photos de deux femmes : Deux femmes d'une petite soixantaine d'années, l'une sous traitement hormonal, l'autre sans. Les surfeuses sur la Toile sont interpellées : A qui préférez-vous ressembler ? A Sofia Loren ou à la mère de Dürer? Qui résisterait à un tel argumentaire?

Mais revenons à l'histoire de la thérapie hormonale! En 1975, une découverte capitale révéla que la prise d'oestrogènes provoquait l'apparition d'excroissances sur la muqueuse de l'utérus et augmentait donc les risques de cancer au niveau de cet organe. En 1981, les préparations furent modifiées : Des hormones gestagènes furent ajoutées dans le souci de neutraliser ce risque. Depuis lors, la prescription de préparations composées exclusivement d'oestrogènes à des femmes ayant toujours leur utérus (ce qui ne concerne, en Allemagne, que deux femmes sur trois âgées de plus de 50 ans) est qualifiée d'erreur médicale. Les femmes doivent, sans exception, prendre un complément une hormone gestagène.

Au début des années 1980, l'industrie pharmaceutique profita d'un heureux hasard : Une corrélation positive fut établie, d'une part, entre la prise d'hormones et, d'autre part, la densité osseuse et le métabolisme lipidique. Cette découverte ouvrit de nouveaux horizons et permit la conquête de nouveaux marchés, une fois la commercialisation des préparations autorisée sous la forme de comprimés préventifs. Le public ciblé ne se composa plus seulement de femmes souffrant de troubles associés à la

ménopause, mais engloba, avant tout, l'ensemble des femmes parce qu'elles sont des femmes, qu'elles vieillissent et sont, dès lors, exposées à un risque plus élevé de développer des pathologies liées à l'âge. L'industrie pharmaceutique parvint, avec brio, à user de cet argument : Les hormones furent présentées comme des médicaments permettant aux femmes de se prémunir des maladies liées au vieillissement telles que l'ostéoporose et les maladies cardio-vasculaires. Les hormones avaient ainsi enfin trouvé leur marché.

Cette conquête peut être lue dans l'évolution des prescriptions d'hormones : Jusqu'au milieu des années 1980, le nombre de prescriptions demeura faible mais fut multiplié par douze en l'espace de 10 ans.

Le contexte d'utilisation des hormones se caractérisa, jusqu'au milieu des années 1990, par trois traits :

- La ménopause ne fut plus considérée comme un processus physiologique normal, mais comme une phase de maladie.
- Les hormones étaient utilisées comme un médicament judicieux, prescrit à toutes les femmes, à titre de prévention contre les maladies associées au vieillissement.
- Les critiques étaient rares, émanaient principalement des gynécologues et ne récoltaient toutefois que très peu d'attention.

Ce tableau idyllique commença à se craqueler dès la fin des années 80. Dès 1989, les chercheurs mirent au jour que la prise des préparations hormonales multipliait le risque de cancer du sein. Le problème était que la qualité des études servant à peser les risques et les avantages laissait à désirer. Ces études reposaient, dans la plupart des cas, sur des observations. Elles comparaient deux échantillons de femmes, l'un sous traitement hormonal, l'autre sans. Cependant, se posait le souci de la différence nette entre les deux échantillons : Les femmes qui prennent des hormones sont, en règle générale, en meilleure santé, ont une meilleure éducation et adoptent consciemment un mode de vie plus sain. Les écarts observés entre les deux échantillons ne sont pas nécessairement imputables à la prise d'hormones, mais peuvent également trouver une explication parmi d'autres facteurs.

Afin d'éclairer cette zone d'ombre, la Women's Health Initiative fut lancée en 1998 et étudia, par le biais d'une étude de grande valeur qualitative, les risques et les bénéfices de tels traitements. Il s'agissait, en l'occurrence, d'une étude contrôlée et randomisée, dans le cadre de laquelle les sujets sont répartis de façon aléatoire (« randomisée ») dans un groupe. L'étude devait s'étendre sur 12 années et examiner divers effets : Maladies cancéreuses, particulièrement le cancer du sein, ostéoporose, maladies cardio-vasculaires, démence et autres pathologies. Vous avez probablement suivi le scoop dans les médias : A l'été 2002, l'étude fut interrompue. Que s'était-il pas-

sé ? Lors d'une évaluation intermédiaire, les directrices de l'étude avaient certes constaté un recul du risque de cancer du gros intestin et du risque de fracture osseuse mais avaient également mis en lumière une progression du risque de développer d'autres maladies. En comparant l'échantillon sous traitement hormonal et l'échantillon de contrôle, il apparut que, sur 10 000 femmes, le premier groupe comptait 6 cas de cancer du gros intestin et 5 cas de fractures osseuses de moins. Dans l'échantillon sous traitement hormonal, l'écart faisait état de 8 infarctus, 7 maladies cardiaques et coronaires, 8 embolies pulmonaires et 8 cancers du sein supplémentaires. Les travaux durent être suspendus car les femmes sous traitement hormonal étaient exposées à des risques trop élevés. De plus amples évaluations menées sur cette étude et sur d'autres ne révèlent aucune réduction de la prévalence des démences, au contraire, ce risque s'accroît légèrement et n'indiquent aucune amélioration de la qualité de vie associée à la prise d'hormones.

Les découvertes de la Women's Health Initiative font sensation et donnent lieu à un débat empreint de controverses. Les autorités publiques ont pris des mesures afin de restreindre le champ d'application des préparations hormonales dont la prescription n'est plus autorisée à titre préventif ou autre et exclusivement destinée à apporter un soulagement en cas de troubles graves associés à la ménopause. Cependant, force est de constater que les preuves scientifiques n'ont pas encore percolé jusqu'aux cabinets médicaux. Le nombre de prescriptions d'hormones est, certes, en recul mais cette tendance n'a pas encore acquis l'ampleur nécessaire et pertinente. Les prescriptions hormonales douteuses n'ont pas encore disparu. A votre intention, j'ai également sous la main une évaluation réalisée en Allemagne. Mon collègue, le professeur Gerd Glaeske a dépouillé les données rassemblées par une caisse d'assurance maladie. Des résultats récoltés, nous pouvons déduire qu'encore plus ou moins 20% des femmes âgées de plus de 65 ans se voient prescrire des hormones. Même pour le groupe entre 80 et 84 ans, une femme sur 10 est sous traitement hormonal. Personne ne peut me convaincre que cette prescription hormonale apporte un soulagement aux maux associés à la ménopause. Je soupçonne plutôt des difficultés de communication dans les cabinets médicaux. Comment un médecin peut-il expliquer à sa patiente que le traitement suivi depuis de longues années était une erreur, même commise de bonne foi ? Il reste ici tant de progrès à accomplir !

### **3. Les acteurs du processus de médicalisation**

J'entamerai le troisième volet de ma contribution par quelques questions : Qui participe à la médicalisation ? Quels sont les motivations et les arguments avancés ? Et pour-

quoi tous les protagonistes s'accrochent-ils avec autant de ténacité à la thérapie hormonale, en dépit des risques connus de tous. Dans le rapport au traitement hormonal se reflète, à mon sens, le rapport à la ménopause.

Au coeur de cette interaction, nous identifions, naturellement, le médecin et la femme ménopausée. Plus tard, nous examinerons ce couple plus en détails! La femme et le médecin sont influencés par de multiples autres acteurs : Les caisses d'assurance maladie et l'industrie pharmaceutique qui tire de substantiels profits de la vente des hormones. En Allemagne, les préparations à base d'hormones figurent toujours dans le classement des 20 médicaments les plus vendus. N'oublions certainement pas les médias qui véhiculent une certaine image de la vieillesse ! La médicalisation n'évolue pas sans contexte, mais s'inscrit dans la société qui est la nôtre et qui modèle d'une certaine manière nos représentations de la vieillesse et notre rapport au corps. J'épinglerais quelques aspects :

- Estime de l'âge et de la vieillesse et
- Importance de la jeunesse et du pouvoir de séduction.

Nous vivons une époque qui prise énormément la jeunesse et la séduction. Les titres des ouvrages consacrés à la ménopause et au vieillissement sont éloquentes : „Ménopause : Comment rester jeune, belle et sensuelle“, „Le Facteur Jeunesse – Lutter contre le vieillissement en 10 étapes » ou « Jeunesse éternelle – Vaincre la vieillesse ». Notre société dénigre fortement l'âge et le vieillissement qui sont apparentés au déclin corporel et intellectuel et à un état nécessitant des soins. Autant de représentations qui, même si elles reposent sur des préjugés débusqués par de nombreuses recherches, demeurent fermement ancrées dans les esprits. Les femmes vieillissantes ne se voient plus confier de nouvelles responsabilités et nombreuses sont les travailleuses qui perdent leur emploi.

- Stéréotypes influençant le rapport à la ménopause

Dans chaque culture, émergent des représentations et des règles spécifiques gouvernant le rapport à la ménopause. J'ai déjà abordé précédemment le rapport à la ménopause qui prévaut dans d'autres cultures en citant l'exemple du Japon. Il convient également de parler de la façon dont les projets de vie des femmes sont jugés ou de la manière dont un parcours normal se construit. En l'occurrence, plusieurs mythes et stéréotypes se bousculent. Réfléchissez un instant à ce qui a été baptisé « syndrome du nid vide » ou à cette affirmation que les femmes ménopausées sont délaissées par leur mari au profit d'une rivale plus jeune ! Autant de préjugés tenaces en dépit des

statistiques qui révèlent que deux tiers des demandes de divorces sont introduites par des femmes.

Lorsque l'on étudie la ménopause, il est incontournable de considérer la diversité des conditions de vie des femmes : Vivent-elles en compagnie d'enfants ou non? Considèrent-elles la relation avec leur partenaire (masculin ou féminin) satisfaisante sur le plan sexuel? Doivent-elles prendre soin de parents malades? Sont-elles toujours professionnellement actives? Tentent-elles un retour sur le marché de l'emploi, malgré les obstacles et les écueils à franchir? Sont-elles menacées par le chômage? Sont-elles d'origine immigrée? Chacun de ces facteurs conditionne le rapport à la ménopause et doit être intégré dans la réflexion si nous souhaitons lutter pour instaurer un autre rapport à la ménopause. Les conditions de vie jouent souvent un rôle bien plus déterminant pour la qualité de vie et le bien-être que les signaux corporels. Les femmes ont probablement plus à gagner d'une évolution de la perception du vieillissement au sein de la société que de l'élaboration de conseils conceptualisés à l'intention des cabinets médicaux.

Revenons au couple femme – médecin! Quelles sont les motivations des femmes, quelles sont les motivations des médecins (hommes et femmes) qui participent à cette médicalisation? Commençons par le corps médical!

*Motivation des médecins :*

- Souhait d'aider les femmes :

La principale motivation des médecins (au masculin comme au féminin) est certainement d'aider les femmes, à savoir tant d'apporter un soulagement aux désagréments liés à la ménopause que de les assister à vieillir en bonne santé. Il me tient à coeur de souligner ce point car souvent, la discussion s'appuie sur un constat unilatéral de culpabilité. Ce qui importe en vue de la mise en oeuvre d'une pratique fondée sur des preuves, c'est la question des conditions générales de travail des médecins et la façon dont ces conditions entravent ou facilitent l'application pratique des preuves scientifiques.

- Flux d'information

Un facteur déterminant est le fait que la durée de validité des connaissances scientifiques se raccourcit. Aucun médecin, homme ou femme, ne peut se maintenir au fait des dernières avancées dans l'ensemble des domaines pertinents. L'industrie pharmaceutique s'engouffre dans la brèche de ces connaissances lacunaires et envoie des milliers de représentants pharmaceutiques dans les cabinets. Ceux-ci ne livrent évidemment pas une information neutre mais ont pour mission de fournir leurs produits au

docteur ou à la doctoresse. De nombreux médecins pensent être immunisés contre les stratégies de marketing; quelques études attestent toutefois le contraire. Les possibilités de se forger une opinion indépendante de l'avis des entreprises pharmaceutiques se sont certes multipliées grâce à l'Internet, mais de facto, les médecins ne disposent pas du temps nécessaire à l'accomplissement de recherches exhaustives.

- Enjeux économiques

Les intérêts économiques jouent également un rôle. La gestion d'un cabinet médical implique un risque économique croissant. Une femme qui rend régulièrement visite à son médecin pour obtenir sa prescription trimestrielle présente, naturellement, plus « d'attraits » qu'une patiente qui prend rendez-vous pour une visite annuelle de dépistage du cancer.

- Socialisation médicale

Enfin, la socialisation médicale exerce également une influence. Les médecins ont l'habitude d'observer l'organisme des patientes et les phases de bouleversements corporels sous l'angle médical. Ce réflexe trouve une explication évidente dans la formation du corps médical mais est également lié au fait que les médecins rencontrent dans leur cabinet une majorité de femmes qui souffrent de troubles. Les médecins éprouvent des difficultés à comprendre que ce ne soit pas le cas de toutes les femmes. Une petite catégorie de la population est ainsi noyée dans la majorité.

### *Motivations des femmes*

Quid des femmes? Elles ne sont pas les victimes passives de la médicalisation mais la sollicitent activement. Quatre raisons éclairent cette constatation :

- Souhait de vivre sans troubles

La raison principale de la prise d'hormones réside, chez beaucoup de femmes, dans le souhait d'être soulagées des maux liés à la ménopause et de jouir d'une meilleure qualité de vie et d'une plus grande vitalité.

- Crainte de devenir une charge pour autrui

Le souhait d'être libérée des désagréments liés à la ménopause s'accompagne d'une deuxième motivation à la prise d'hormones : Les femmes souhaitent, grâce aux préparations hormonales se prémunir des maladies associées à l'âge. Les femmes sont très réceptives à la logique préventive, ont appris à être à l'écoute et à prendre soin de leur corps tout au long de leur vie. Dans le cadre de la prévention de l'ostéoporose, les peurs ancestrales sont volontairement attisées en montrant, par exemple, cette femme voûtée dont la bosse n'est pas sans évoquer les sorcières de contes de fées.

L'éventualité de devenir, plus tard, dépendante de ses proches en cas de fracture du col du fémur est une pensée presque insupportable pour les femmes.

- Souhait de rester jeune et séduisante

La volonté de rester jeune et séduisante est une autre motivation déterminante. J'ai déjà évoqué qu'à leur lancement, les préparations hormonales étaient célébrées et commercialisées comme des « cures de jouvence ». Et à ce jour, elles n'ont pas perdu cette aura : La peau reste ferme, le vagin souple et la vie amoureuse excitante tandis que les facultés intellectuelles ne baissent pas et la vitalité et le rayonnement ne déclinent pas malgré le vieillissement, telles sont les promesses faites par l'industrie pharmaceutique. Quelle femme vivant dans une société frappée de jeunisme resterait insensible à ces promesses ?

- Paresse

Je me ferai l'avocat du diable et baptiserai le dernier facteur déterminant de „facteur de paresse“. Des formules alternatives existent aux médicaments promettant un soulagement et une prévention des troubles liés à la ménopause : Adaptation du régime alimentaire, activité sportive, arrêt de la cigarette, réduction de la consommation d'alcool. Nous savons tous et toutes combien il est aisé de prendre de bonnes résolutions, qui ne sont que rarement mises en pratique. Changer son mode de vie nécessite de sérieux efforts et seule une infime partie des femmes ont la capacité et la volonté d'appliquer les recommandations habituelles. La prise de comprimés est, dès lors, associée au sentiment de « faire au moins quelque chose pour sa santé ».

#### **4. Conclusions**

Le temps est venu de tirer quelques conclusions. Mon interrogation centrale porte sur la façon de restreindre la médicalisation et sur les moyens dont disposent les femmes pour reconquérir la maîtrise de leur rapport à la ménopause. Je mets, à nouveau, en exergue la thérapie hormonale car, à mes yeux, elle symbolise parfaitement la médicalisation. L'information me semble, en l'occurrence, être la clé du problème. Lorsqu'on interroge les femmes sur leurs connaissances des hormones, beaucoup répondent ne plus rien y comprendre. La presse relaye, d'un jour à l'autre, tout et son contraire. Et les femmes (pas plus que les hommes, au fait) ne peuvent pas toujours séparer les bonnes informations sérieuses de l'intox. Elles se fient souvent à l'avis de leur médecin et ce dernier n'est malheureusement pas toujours au courant des données scientifiques actuelles. Les femmes ont besoin d'informations étayées scientifiquement au sujet de la ménopause, des possibilités de prévention des maladies associées à la

vieillesse, des possibilités de soulagement des troubles liés à la ménopause et des risques et bénéfices d'un traitement hormonal. J'ai conscience que cet apport d'informations ne satisfera d'une manière adéquate qu'une petite partie des femmes. De nombreuses femmes ne lisent pas, ne veulent pas être informées et manifestent une parfaite indifférence. Néanmoins, il existe, parmi les femmes, un véritable besoin d'information auquel il convient de répondre. Cette réponse doit aller de pair avec une sensibilisation à la qualité des informations de santé. De bonnes sources d'informations sont déjà accessibles, par exemple via l'Internet, mais doivent être nettement élargies. A Cologne, une caisse d'assurance sociale a aménagé, dans ses locaux, un cybercafé qui propose, certes, un accès à l'Internet mais surtout est un outil de formation pour les surfeurs qui veulent conserver une vue d'ensemble et peser les informations dénichées.

Il va de soi que les docteurs et doctresses doivent être formés aux principes de la médecine étayée scientifiquement. Les considérations exposées pour les femmes valent aussi, malheureusement, pour de nombreux médecins : Ils éprouvent des difficultés à trier l'info de l'intox et, par manque de temps, ils se fient aux informations livrées par les conseillers pharmaceutiques. Beaucoup de médecins estiment être suffisamment formés pour résister, mais une étude actuelle réalisée en Allemagne démontre que les médecins qui reçoivent la visite fréquente de représentants pharmaceutiques prescrivent plus souvent des hormones.

A mes yeux, il importe, avant tout, de modifier la perception de l'âge au sein de la société et de faire évoluer le rapport au corps. Les campagnes de promotion de la santé insistent sur la « responsabilisation » : Les femmes doivent reconquérir le droit de décider du rapport qu'elles entretiennent avec leur corps, elles doivent assumer, en pleine conscience, le vieillissement et ne recourir aux médicaments qu'à des fins d'apaisement de leurs troubles et non pour suspendre le processus de vieillissement. Je fais les vœux d'une politique de promotion de la santé qui, dès l'école, apprendrait aux filles et jeunes femmes à développer un rapport plus confiant au corps, à être fières de ce corps et à en profiter avec volupté. Je fais aussi le vœu que les médias, les hommes politiques et les professionnels de la santé publique se joignent aux efforts de changement de la vision sociétale de la ménopause et du vieillissement.

La ménopause n'est pas une maladie! Au contraire, cette phase passionnante, même si elle s'accompagne parfois de désagréments, est riche en découvertes et peut être le prologue à un chapitre de vie heureux et créatif.