

« La ménopause est une carence hormonale. »

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.

Robert A. Wilson, *Feminine Forever*, 1966

À la théorie des humeurs, paradigme du corps qui prévaut jusqu'à la fin du XIX^e siècle, succède une conception hormonale du corps, nourrie des travaux d'une discipline alors en plein essor, l'endocrinologie, qui étudie les hormones et leur fonction, sous l'impulsion des travaux de Charles-Édouard Brown-Séquard (1891) et de Ernest Starling (1905). À partir du XX^e siècle, le rôle des hormones sexuelles devient un principe de définition de la féminité et de la masculinité, dont l'essence est supposée résider dans l'œstrogène produit par les ovaires pour les unes et la testostérone sécrétée par les testicules pour les autres. Dans cette conception du corps, la ménopause est expliquée par l'arrêt des sécrétions hormonales ovariennes (œstrogène et progestérone). Cet arrêt n'est, toutefois, pas décrit par la médecine comme une simple transformation du point de vue hormonal, mais comme un problème relevant d'une carence. En 1977, le terme « ménopause » est même indexé dans la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé : ce processus physiologique n'est pas, selon l'index,

« une condition naturelle, mais un déséquilibre endocrinien, au même titre que le diabète ou les problèmes de thyroïde » (Bulbeck, 2001). Le registre de la carence est largement mobilisé dans les ouvrages médicaux actuels, où la ménopause, « carence hormonale » (Kervasdoué, 2004 [1996] : 425) est décrite comme une « période caractérisée biologiquement par une insuffisance hormonale » (Fernandez, 2005 : 142) et associée à un « appauvrissement global du stock folliculaire » (Drapier-Faure et Jamin, 2003 : 4).

A priori, penser la ménopause comme une carence peut sembler évident et sans grand enjeu. Cette perspective est pourtant nourrie de représentations sociales bien particulières, qui font du corps fécond la norme du corps féminin.

Le processus de définition de la ménopause comme « maladie carencielle » (McCrea, 1983) au XX^e siècle est à comprendre à l'aune du développement de l'industrie pharmaceutique et de ses intérêts économiques. Au cours des années 1930-1940, la ménopause est peu à peu médicalisée, dans un contexte de développement des sciences de laboratoire et de la recherche médicale en endocrinologie, qui élaborent des extraits d'hormones et des substituts de synthèse tel l'œstrogène de synthèse (Bell, 1987 ; Oudshoorn, 1994). Des thérapies hormonales, faciles à produire et peu onéreuses, sont développées par l'industrie pharmaceutique. Encore faut-il leur trouver une application et ces thérapies restent un temps « des médicaments en recherche de maladies » (Oudshoorn, 1994 : 108). Alors que ces traitements sont, 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 génitaux. C'est en 1938 que le

laboratoire pharmaceutique Organon, principal producteur d'hormones de synthèse et désireux de spécifier l'applicabilité de la thérapie pour des motifs commerciaux, choisit la ménopause comme indication médicale majeure dans sa campagne de publicité annuelle pour les préparations à base d'hormones sexuelles féminines.

Sous-tendue par les intérêts de l'industrie pharmaceutique, la définition carencielle de la ménopause s'affermir par conséquent au cours des années 1960 : elle devient un manque à pallier. Dans cette croisade, l'industrie a pour porte-drapeau un éminent gynécologue américain, Robert A. Wilson, qu'elle propulse au sommet d'une fondation soutenue à hauteur de plus d'1 million de dollars en vue de promouvoir le traitement hormonal. Dans l'ouvrage *Feminine Forever* (1966), Wilson explique que « la ménopause est un dysfonctionnement menaçant "l'essence féminine" » et présente le traitement hormonal de la ménopause comme une « pilule de jouvence » permettant de guérir un nombre infini de symptômes provoqués par la ménopause (bouffées de chaleur, ostéoporose, atrophie vaginale, flétrissement de la poitrine, rides, absences, irritabilité, frigidité, dépression, alcoolisme) et de retarder le vieillissement. Ce livre est l'objet de recensions et de promotion dans les magazines féminins aux États-Unis comme en Europe tout en long des années 1960-1970.

La définition de la ménopause comme « pathologie d'insuffisance endocrinienne » (Ringa, 1997) ne fait pourtant pas l'unanimité, ni dans la communauté médicale, ni dans la société civile. Dans les années 1970, certains médecins s'opposent à cette définition. À partir de données médicales, ils démontrent que la baisse de la production d'œstrogènes

à la ménopause n'a rien d'une déficience à pallier : d'une part, parce que la production d'hormones par les glandes surrénales compense la diminution de celle des ovaires pour la plupart des femmes et, d'autre part, parce que le besoin des femmes plus âgées en œstrogènes est moindre que celui des femmes jeunes (McCrea, 1983). À la même période, des mouvements féministes nord-américains questionnent, eux aussi, la légitimité du modèle médical dominant qui construit la ménopause comme une maladie carencielle. Ils lui opposent le fait que la ménopause est un processus de vieillissement naturel, que la plupart des femmes traversent sans grande difficulté. Les féministes défendent l'idée que, sous couvert de scientificité, la médecine légitime le sexisme en décrivant les capacités physiques et mentales des femmes comme dépendant de leurs organes reproducteurs (McCrea, 1983 ; Martin, 1987).

Interroger les normes médicales, considérer les discours et pratiques médicales comme des savoirs situés nourris de représentations sociales (Martin, 1987 ; Kaufert, 1988), apporte un éclairage intéressant au sujet de la définition carencielle de la ménopause. Si l'on s'intéresse au raisonnement qui définit la ménopause comme une carence, il paraît légitime d'interroger les normes qui prévalent dans la construction du standard de calcul : à partir de quelles mesures endocriniennes, prises pour standard, la carence est-elle édictée ? C'est à partir des mesures endocriniennes du corps fécond qu'est calculée la carence à la ménopause. Le corps en âge de reproduction est, de ce fait, posé comme norme. Les mesures endocriniennes à partir de la ménopause ne constituent ainsi pas une nouvelle norme hormonale, mais sont les marqueurs d'une déviance qui construisent le

corps féminin stérile et vieillissant comme anormal. Or, en posant le corps en âge de reproduction comme standard de norme, cela véhicule des représentations qui définissent la féminité à partir de la fécondité. Loin d'être neutre, cette définition produit et reproduit des représentations genrées. Elle repose, en effet, sur l'idée d'un impératif biologique féminin qui définit les femmes à partir de leur système reproductif (MacPherson, 1981). Cette définition participe des représentations d'un « double standard » du vieillissement, construit comme « une affection morale, une pathologie sociale intrinsèquement lié au fait qu'il affecte plus les femmes que les hommes » (Sontag, 1972 : 29), faisant de la ménopause le prélude d'une vieillesse plus précoce et déficiente pour les femmes que pour les hommes.

Plutôt qu'une « carence », il paraît dès lors plus juste de décrire la ménopause comme une « transformation » ou une « évolution » hormonale. Ces termes, empreints de neutralité, permettent à la fois de décrire le changement à l'œuvre d'un point de vue physiologique et de ne pas le sursignifier d'une connotation négative, si l'on souhaite se prévaloir d'un minimum d'objectivité scientifique.