

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON1
U.F.R de MEDECINE LYON-R.T.H. LAENNEC
7 Rue Guillaume Paradin – 69372 LYON CEDEX 08

ANNEE 2009 N° 48

**Représentations, vécu et information des femmes
concernant la ménopause et son traitement
hormonal**

Etude qualitative réalisée auprès de 13 femmes ménopausées à
l'aide d'entretiens semi-dirigés

THESE

Présentée
A l'Université Claude Bernard LYON 1
U .F.R. LYON-RTH LAENNEC
Et soutenue publiquement le 13 Mai 2009
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

GINDRE JEANNE
Née le 22 Mai 1980
A Bourg-en-Bresse

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON1
U.F.R de MEDECINE LYON-R.T.H. LAENNEC
7 Rue Guillaume Paradin – 69372 LYON CEDEX 08

ANNEE 2009 N° 48

**Représentations, vécu et information des femmes
concernant la ménopause et son traitement
hormonal**

Etude qualitative réalisée auprès de 13 femmes ménopausées à
l'aide d'entretiens semi-dirigés

THESE

Présentée
A l'Université Claude Bernard LYON 1
U .F.R. LYON-RTH LAENNEC
Et soutenue publiquement le 13 Mai 2009
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

GINDRE JEANNE
Née le 22 Mai 1980
A Bourg-en-Bresse

**COMPOSANTES DE
L'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON I 2008 – 2009**

Président de l'Université	M. le Pr. L. COLLET
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	M. le Pr. F-N. GILLY

COMPOSANTE SANTE

U.F.R de Médecine Lyon Grange-Blanche	M. le Pr. X. MARTIN
U.F.R. de Médecine Lyon-Nord	M. le Pr. J. ETIENNE
U.F.R. de Médecine Lyon RTH Laennec	M. le Pr. P. COCHAT
U.F.R. de Médecine Lyon-Sud	M. le Pr. F-N. GILLY
U.F.R. d'Odontologie	M. le Pr. O. ROBIN
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques	M. le Pr. F. LOCHER
Institut des Techniques de Réadaptation	M. le Pr. Y. MATILLON
Département de Biologie Humaine	M. le Pr. P. FARGE

COMPOSANTE SCIENCES

U.F.R. de Mathématiques	M. le Pr. M. GOLDMAN
U.F.R. des Sciences de la Terre	M. le Pr. P. HANTZPERGUE
U.F.R. de Physique	Mme le Pr. S. FLECK
U.F.R. de Chimie-Biochimie	Mme. le Pr. H. PARROT
U.F.R. de Biologie	M. le Pr. H. PINON
Observatoire	M. le Pr. B. GUIDERDONI

COMPOSANTE SCIENCES ET TECHNOLOGIES

U.F.R. d'Informatique	M. le Pr. S. AKKOUCHE
U.F.R. de S.T.A.P.S.	M. le Pr. C. COLLIGNON
U.F.R. de Génie Electrique et des Procédés	M. le Pr. G. CLERC
U.F.R. de Mécanique	M. le Pr. H. BEN HADID
I.S.T.I.L.	M. le Pr. J. LIETO
I.S.F.A.	M. le Pr. J-C. AUGROS
I.U.T. A	M. le Pr. C. COULET
I.U.T. B	M. le Pr. R. LAMARTINE

**PERSONNELS TITULAIRES
FACULTE DE MEDECINE LYON-LAENNEC
ANNEE UNIVERSITAIRE 2008/2009**

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (Cl. Exceptionnelle)

PUJOL J.François	Physiologie (2 ^{ème} échelon)
RIOU Jean Paul	Nutrition (1 ^{er} échelon)
ROUSSET Hugues	Méd. ; Gériatrie et Biol. vieill. (2 ^{ème} échelon)
TISSOT Etienne	Chirurgie générale (1 ^{er} échelon)
TREPO Christian	Gastro. ; Hépatologie (2 ^{ème} échelon)
VITAL DURAND Denis	Thérapeutique (1 ^{er} échelon)

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (1^{ère} classe)

	BAVEREL Gabriel	Physiologie
	BEAUNE Jacques	Cardiologie
	BEJUI-HUGUES Jacques	Chirurgie orthopédique et traumatol.
S	BOULANGER Pierre	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospital.
	CHATELAIN Pierre	Pédiatrie
	CHEVALIER J.Michel	Chirurgie vasculaire
	COCHAT Pierre	Pédiatrie
	CONFAVREUX Christian	Neurologie
	DELAHAYE François	Cardiologie
	DELMAS Pierre	Rhumatologie
	DENIS Philippe	Ophtalmologie
S	DERUTY Robert	Neurochirurgie
	DROZ J.Pierre	Cancérologie ; Radiothérapie
	FINET Gérard	Cardiologie
	GOUILLAT Christian	Chirurgie digestive
	GUERIN Claude	Réanimation médicale
S	ITTI Roland	Biophysique et Médecine nucléaire
	KOHLER Rémy	Chirurgie infantile
S	KOPP Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
	LEHOT J.Jacques	Anesthésiologie et Réa Chirurgicale
	MADJAR J.Jacques	Biologie cellulaire
	MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie de la Santé
	MIOSSEC Pierre	Immunologie
	MOREL Yves	Biochimie et Biologie moléculaire
	PERRIN Paul	Urologie
	PLAUCHU Henry	Génétique
	RAUDRANT Daniel	Gynécologie-Obstétrique
	TERRA Jean Louis	Psychiatrie d'Adultes
	THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	TOURAIN Jean Louis	Néphrologie
	TROUILLAS Paul	Neurologie
	VALLEE Bernard	Anatomie/Neurochirurgie
	VANDENESCH François	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospital.

S = Surnombre universitaire

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (2^{ème} classe)

BASTIEN Olivier	Anesthésiologie et Réa chirurgicale
BRAYE Fabienne	Chirurgie plastique reconstructrice et esth.
BRETON Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
CHAPURLAT Roland	Rhumatologie
COLIN Cyrille	Epidémiologie, Economie de la santé
COTTIN Vincent	Pneumologie
COTTON François	Anatomie
DESCOTES Jacques	Pharmacologie fondamentale
DURIEU Isabelle	Médecine interne
FOURNERET Pierre	Pédopsychiatrie
FRANCK Nicolas	Psychiatrie d'adultes
JULLIEN Denis	Dermato-vénérologie
MERLE Philippe	Gastro-entérologie
MORELON Emmanuel	Néphrologie
NEGRIER Claude	Hématologie ; Transfusion
NEGRIER Marie-Sylvie	Cancérologie ; Radiothérapie
NICOLINO Marc	Pédiatrie
OBADIA J.François	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
PIGNAT Jean Christian	O.R.L.
PILLEUL Franck	Radiologie et imagerie médicale
RODE Gilles	Médecine Physique et de réadaptation
ROSSETTI Yves	Physiologie
TROUILLAS Jacqueline	Cytologie et Histologie
TURJMAN Francis	Radiologie et Imagerie médicale
WATTEL Eric	Hématologie ; Transfusion
ZOULIM Fabien	Gastro-entérologie ; Hépatologie

61 enseignants PU-PH / Rangs A
+ 4 PU en surnombre universitaire

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers (hors classe)

HADJ AISSA Aoumeur	Physiologie
LE BARS Didier	Biophysique et Médecine nucléaire

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers (1^{ère} classe)

BONTEMPS Laurence	Biophysique et Médecine nucléaire
BRICCA Giampiero	Pharmacologie fondamentale
BRUN Yvonne	Bactériologie-Virologie, Hygiène hospital.
CHALABREYSSE Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
CUCHERAT Michel	Biostatist, Inform. Méd. et Techn. Commun. *
DELAUNAY-HOUZARD Cl.	Biophysique et Médecine nucléaire
DUBOURG Laurence	Physiologie
JOUVET Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
LINA Gérard	Bactériologie-Virologie, Hygiène hospital.
LORNAGE-SANTAMARIA J.	Biologie et Médecine développ. et Reprod.
PERSAT Florence	Parasitologie et Mycologie
PHARABOZ-JOLY M. Odile	Biochimie et Biologie moléculaire
RITTER Jacques	Epidémiologie, Economie de la santé
STREICHENBERGER Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers (2^{ème} classe)

ADER Florence	Maladies infectieuses
CHARBOTEL Barbara	Médecine et santé au travail
CIMAZ Roland	Pédiatrie
DORET Muriel	Gynécologie, Obstétrique
MEYRONET David	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY-GUIDOLLET Véronique	Biochimie et Biologie moléculaire
TRISTAN Anne	Bactériologie, Virologie

* en disponibilité pour convenances personnelles depuis le 1^{er} janvier 2006

23 enseignants MCU – PH / Rangs B

Composition du jury

Président du Jury :

Monsieur le Professeur Daniel Raudrant

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean Marc Elchardus

Monsieur le Professeur Pierre Girier

Monsieur le Docteur Yves Zerbib

Madame Evelyne Lasserre, Docteur en Anthropologie

Remerciements

Nous remercions sincèrement tous les membres de notre jury :

À Monsieur le Professeur Daniel Raudrant,

Pour l'honneur que vous nous avez fait d'accepter la présidence de ce jury,
Pour votre enseignement.

À Monsieur le Professeur Jean Marc Elchardus,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail. Nous vous en remercions.

À Monsieur le Professeur Associé Pierre Girier,

Pour avoir accepté de juger ce travail,
Pour votre enseignement de la médecine générale.

À Monsieur le Docteur Yves Zerbib,

Notre rencontre a permis l'élaboration de ce sujet.
Pour la confiance que vous nous avez accordée durant ce travail,
Pour votre soutien,
Pour votre engagement dans l'enseignement de la médecine générale,
Et pour votre sympathie !

À Madame Evelyne Lasserre, Docteur en anthropologie,

Pour votre grande disponibilité, votre écoute, vos conseils et votre dynamisme,
Pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail,
Et surtout pour votre enseignement qui nous a permis de découvrir l'univers passionnant de l'anthropologie

Nous remercions également tous ceux qui ont participé à cette étude :

Aux femmes de cette étude qui ont eu la gentillesse d'accepter de nous rencontrer et de répondre avec sincérité à nos questions.

Aux médecins qui ont accepté, malgré leur manque de temps, de participer à notre étude.

A ma mère, pour son implication dans ce travail, pour sa patience et son courage. Un grand merci !

Pour mes parents, merci pour votre amour, votre générosité et votre passion pour le chant choral! Pour l'enfance heureuse que vous m'avez offerte et qui m'a permis d'aborder la vie d'adulte avec sérénité, bonheur et confiance en l'avenir. Que demander de mieux ? Comme dirait C. Bobin, ... à zut, j'ai oublié.

Pour mes trois frères que j'aime. Oui, oui...

Pour Edouard, frère et parrain, fidèle entraîneur de body-building !

Pour mon frère Louis, pour les tartines que tu nous préparais le matin. A nos décompensations mutuelles... et merci pour mon sternum.

Pour mon frère Pierre, qui me fait rêver... J'peux venir ?

Pour Catherine et Marion, mes belles-sœurs ou plutôt mes sœurs de cœur.

Pour mes neveux et nièces : Alice, Guillaume, Albane et Colombe . Que j'aime vos éclats de rire !

A toute la famille Hautin qui m'a accueillie avec beaucoup de gentillesse, de simplicité et de générosité.

Pour La Pich', grande amie. A nos folles soirées [...]

Pour Marco, fidèle ami ou frère de cœur ? A nos doutes, à nos rébellions, à Roger, à Madagascar... et à notre premier rempla !

Pour Anne-so de Marbô, une amie, une vraie. A nos révisions de dernières minutes.

Pour Lucie et à notre fameuse Terminale.

Pour Clem et Greg. Je vous ai déjà dit toute l'amitié que je vous porte ?

Pour le Pti Pimousse et Matmat : vive l'internat...

Pour Fouchia, pourvu que ça fouchiatise longtemps.

Pour la « Valence Team », on recommence ?

Pour la salle : Béber, Aurel' et Marco. « J'adore quand un plan se déroule sans accroc »

Pour le loft et mes ex-colloc',

Pour Martin et Fleur, à nos voyages toujours plus beaux les uns que les autres. « Stoning view ! »

Pour tous mes copains de fac et d'ailleurs, dans le désordre: Loutch (on va chez Nénette et Marcel)? et sa famille, Yvan et son soubas, Loidji, Mel', les zones, Ngoc Han, Anne-Cé, les gens passionnés, Ikwat « too easy », Gé, les « chiennasses », Ingrid, mes amis chanteurs et au furet, l'humour de répétition, Alex, Mireille et Anne-Claire qui me manquent, Scapin, Pierre G., JP, Babeth, mon amie la raie manta, Marie-Bé, Céline, Mathilde, les belles soirées d'été, le CRAC, David l'Allemand,...

Pour mes grands-parents avec qui j'aurais aimé partager ces moments, pour mes oncles et tantes,

Pour mes cousins/cousines et nos belles aventures d'antan.

Pour tous mes maîtres de stage,

Pour Monsieur Viry. Pour l'attention et la confiance que vous m'avez portées .

Pour Monsieur Roojee. Pour votre enseignement et votre « philosophie de vie ». Cela me servira tout au long de ma carrière, je crois.

Pour Monsieur Balin. Merci pour votre enseignement et pour votre humour !

*Spécial dédicace pour Louis (oui, encore), je te dois ma P1. Ton parcours m'a beaucoup appris et surtout, tes petits gestes ont été un vrai soutien tout au long de cette année-là .
Une larme ?*

Enfin et surtout pour toi, mon body

J'ai écrit.

Serment d'Hippocrate

«Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

(Serment réactualisé par le Pr Bernard Hoerni)

Bulletin de l'Ordre des Médecins - n°4 - avril 1996

ABREVIATIONS

AFEM : Association Française pour l'Etude de la Ménopause
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CS : Cancer du Sein
ECE : Estrogènes Conjugués Equins
ESTHER : Estrogen and THrombo-Embolic Risk
HAS : Haute Autorité de Santé
HERS : Heart and Estrogen/progestin Replacement Study
HR : Hazard Ratio
IC : Intervalle de Confiance
JG : Jeanne Gindre
MG : Médecin Généraliste
MPA : Acétate de MédroxyProgestérone
MWS : Million Women Study
NEJM : New England Journal of Medicine
NHSBSP : National Health Service Breast Screening Programme
PEPI : Post menopausal Estrogen / Progestin Interventions trial
PO : Per Os
RR : Risque Relatif
THS : Traitement Hormonal Substitutif
WHI: Women's Health Initiative

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS	15
TABLE DES ANNEXES	16
INTRODUCTION.....	17
1. CONTEXTE- HISTORIQUE	19
1.1. Historique de la ménopause et de sa prise en charge	19
1.2. La ménopause dans l'histoire moderne :.....	22
1.2.1.Avènement des œstrogènes	22
1.2.2.La création de la ménopause comme maladie carenentielle	23
1.3. Les dernières grandes études	25
1.4. Conclusion d'étape	42
2. MATERIEL ET METHODE.....	43
2.1. Type d'étude	43
2.1.1.Une étude qualitative.....	43
2.1.2.L'entretien semi-dirigé.....	44
2.1.3.Population et échantillon : de la diversité à la saturation.....	45
2.1.4.Réalisation des entretiens et du recueil de données	47
2.1.5.Présentation du guide d'entretien.....	49
2.2. Méthode d'analyse du discours	50
2.3. Méthodologie de la recherche bibliographique	51
3. RESULTATS	52
3.1. Caractéristiques de l'échantillon	52
3.2. Résultats par entretien.....	53
3.2.1. Entretien avec Annick.....	53
3.2.2. Entretien avec Brigitte.....	56
3.2.3. Entretien avec Colette :	59
3.2.4. Entretien avec Danièle :	61
3.2.5. Entretien avec Eliane.....	62
3.2.6. Entretien avec Francine :	64
3.2.7. Entretien avec Geneviève :	66
3.2.8. Entretien avec Henriette :	68
3.2.9. Entretien avec Irène :	71
3.2.10.Entretien avec Janine :	72
3.2.11.Entretien avec Khadija :	73
3.2.12.Entretien avec Léonie :	75
3.2.13.Entretien avec Mariette :	76
3.3. Résultats et analyse transversale	79
3.3.1. La ménopause	79

3.3.1.1.	L'arrêt des règles :	79
3.3.1.2.	L'arrêt de la fécondité :	80
3.3.1.3.	La féminité et la sexualité :	82
3.3.1.4.	Le vieillissement :	84
3.3.1.5.	Les effets secondaires et l'impact sur la santé :	85
3.3.1.6.	La ménopause dans le parcours de vie :	87
3.3.1.7.	La ménopause au sein de la société :	89
3.3.1.8.	La référence à la mère et aux femmes :	90
3.3.1.9.	Disparité des vécus de la ménopause :	90
3.3.1.10.	Conclusion d'étape	92
3.3.2.	Le traitement hormonal de la ménopause	92
3.3.2.1.	Les connaissances du THM par les femmes ménopausées :	92
3.3.2.2.	Quelques représentations :	94
3.3.2.3.	Facteurs influençant la prise du THM :	97
3.3.2.4.	Au sujet de la polémique autour du THM :	98
3.3.3.	L'information des femmes ménopausées	102
3.3.3.1.	Les médias :	104
3.3.3.2.	L'entourage :	105
3.3.3.3.	Les médecins :	106
4.	DISCUSSION	108
4.1.	A propos de cette étude	108
4.1.1.	Une étude originale	108
4.1.2.	Les limites et les biais de cette étude	110
4.2.	Discussion des résultats	113
4.2.1.	La ménopause	113
4.2.1.1.	La disparité des représentations :	113
4.2.1.2.	La référence à la mère :	114
4.2.1.3.	La sexualité :	115
4.2.1.4.	La médicalisation comme processus de socialisation	116
4.2.1.5.	Le vieillissement, une idée dominante :	117
4.2.1.6.	La médicalisation comme pathologisation :	118
4.2.1.7.	La ménopause au sein d'autres cultures :	119
4.2.2.	Le THM et ses controverses	121
4.2.2.1.	Impact de la polémique sur les représentations du THM : de véritables partis pris	121
4.2.2.2.	Impact de la polémique sur les prescriptions de THM :	122
4.2.2.4.	Evaluation des connaissances sur le THM et la polémique	125
4.2.2.5.	Des connaissances erronées : quelques hypothèses	127
4.2.3.	L'information des femmes ménopausées	130
4.2.3.1.	La pluralité des sources d'information :	130
4.2.3.2.	Interaction médecin/patiente :	133
4.2.4.	Conclusion d'étape et ouverture	135
	CONCLUSIONS	137
	BIBLIOGRAPHIE	142
	ANNEXES	145

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLEAUX :

Tableau 1 : Risque cardio-vasculaire lié à la prise de THM, étude WHI	29
Tableau 2 : Risque de cancer du sein en fonction de la prise de THM préalablement à l'inclusion dans le bras n° 1 de l'étude WHI.....	30
Tableau 3 : Principaux résultats de l'essai WHI, selon la Revue Prescrire ¹	34
Tableau 4 : Risque de cancer du sein en fonction de la durée et du type de traitement utilisé (étude MWS).....	36
Tableau 5: Risque de cancer du sein en fonction de la durée du traitement par œstrogènes seuls (étude des infirmières de Boston).....	40
Tableau 6: Risque cardio-vasculaire en fonction du type de THM et de l'âge des femmes dans l'étude des infirmières de Boston. D'après Grodstein et coll ²	40
Tableau 7: Caractéristiques de la population étudiée.....	53
Tableau 8 : Attitude des femmes face au THM en comparant les femmes traitées (ou ayant été traitées) à l'échantillon total.....	97

FIGURES :

Figure 1: Evolution de la consommation de THM après la publication des résultats de l'étude WHI.....	123
Figure 2 : Evolution des ventes de THM en France depuis 2002	124
Figure 3 : Principales sources d'information sur le THM.....	132

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1: RECOMMANDATIONS de l'ANAES sur le THM (2004)	145
ANNEXE 2 : LE GUIDE D' ENTRETIEN	148
ANNEXE 3: LETTRE ADRESSEE AUX MEDECINS	149
ANNEXE 4: LETTRE ADRESSEE AUX FEMMES	150
ANNEXE 5: RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS	151

INTRODUCTION

La ménopause correspond à l'arrêt définitif de l'activité ovarienne. Elle survient en moyenne, dans les pays occidentaux, vers l'âge de 51 ans. Actuellement, plus de 10 millions de femmes sont ménopausées en France et en 2025, près de 50% de la population féminine sera ménopausée¹.

Son diagnostic est clinique, lié à la constatation d'une aménorrhée de durée supérieure ou égale à un an. La carence ostrogénique entraîne, à court terme, un syndrome climatérique d'intensité variable, et à plus long terme, elle est associée à une perte osseuse notable et à une possible augmentation du risque cardio-vasculaire.

En France, jusqu'à récemment, l'usage était de prescrire systématiquement, en l'absence de contre-indication, le traitement hormonal de la ménopause (THM) sur une durée prolongée. Le but était de soulager les femmes des bouffées de chaleur et d'avoir un effet protecteur contre l'ostéoporose post-ménopausique et contre les accidents cardio-vasculaires. En 2003, 30 à 50% des femmes ménopausées françaises, soit quelques millions de femmes, recevaient un THM pendant au moins 1 an. De fatalité biologique par le passé, la ménopause devenait donc un enjeu majeur de santé publique¹.

Mais en 2002, une crise a émergé dans le milieu de la gynécologie. En effet, une grande étude prospective américaine consacrée au THM, la *Women's Health Initiative* (WHI) fut brutalement interrompue en raison d'une balance bénéfice/risque jugée inacceptable. Les résultats initiaux révélaient une augmentation du risque de cancer du sein et, surtout, une possible aggravation du risque cardio-vasculaire. Cependant cette étude n'était pas indemne de biais et de nombreuses critiques sont venues remettre en cause ses résultats. Par la suite, d'autres études sont venues compléter et parfois contredire ses conclusions.

Quoiqu'il en soit, ces publications, largement médiatisées, ont semé le doute dans l'esprit des

médecins conduisant à une diminution des prescriptions du THM, conformément aux recommandations formulées par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) publiés en Décembre 2003.

Parallèlement, nous assistons à une transformation sociale ainsi qu'à un bouleversement de l'accès à l'information sur le plan de la santé.

En effet, la loi du 4 Mars 2002 donne aux patients le « droit à l'information ». Elle incite les médecins à donner aux patients une information *claire, loyale et appropriée* afin d'obtenir leur *consentement éclairé*.

Cette évolution coïncide avec l'explosion des sources médiatiques. En effet, l'arrivée d'Internet se surajoute aux pratiques informationnelles traditionnelles (médecins, presses, livres, amis...) et rend l'information accessible par tous. Cette disponibilité semble jouer un rôle majeur dans la transformation des savoirs médicaux et dans les relations que chacun entretient avec les conseils en matière de santé.

Ainsi, aujourd'hui encore, sept ans après la première publication de l'étude WHI, le THM est encore sujet à débat. Alors qu'il est difficile pour nous, praticiens, d'élaborer une synthèse pour notre pratique clinique, il nous a semblé intéressant d'évaluer la répercussion d'une telle polémique sur les femmes ménopausées.

Où en est l'information des patientes à propos du THM? Quelles sont leurs représentations et leurs connaissances de la ménopause et du THM?

Pour étudier cela, nous avons réalisé une étude qualitative auprès de 13 femmes ménopausées de la région lyonnaise à l'aide d'entretiens semi-dirigés.

1. CONTEXTE- HISTORIQUE

Le terme de ménopause existe depuis moins de deux siècles. En 1821, Charles Pierre Louis de Gardanne propose d'adopter le terme de ménopause et fait apparaître dans le titre de son livre²: « *De la ménopause ou de l'âge critique des femmes* ». Construit à partir des mots grecs signifiant menstrues (*menos*) et arrêt (*pausis*), ce néologisme remplace l'expression « *cessation des menstrues* » des textes médicaux des XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles. « *Le temps critique* », autre appellation savante figurant dans le livre de Gardanne, est dérivé du latin *climacterium* et du grec *Klimakter* qui donnera le climatère français.

Selon D. Delanoë³, le climatère vient de l'antique notion pythagoricienne des âges de la vie construits sur des multiples de 7 et de 9 et signifie une « *année dangereuse à passer et où on est en danger de mort au dire des astrologues* ». Selon le Robert de 1985, le climatère désigne « *l'étape de la vie marquant le fin de la période génitale active chez la femme et un ralentissement de l'activité sexuelle chez l'homme; climatérique se dit d'une période qui présente un caractère dangereux : l'année climatérique de la femme, de l'homme* ».

1.1. Historique de la ménopause et de sa prise en charge : une histoire mouvementée

La connaissance de la ménopause, de ses troubles et de ses traitements est un long processus qui se poursuit encore de nos jours. Les idées médicales sur l'arrêt des règles et de la fertilité forment, depuis l'Antiquité, le socle de notre inconscient culturel à ce sujet³.

En Europe, les écrits d'Hippocrate puis la physiologie définie par Galien (130-200 après J.-C) font autorité jusqu'au XVII^{ème} siècle et restent présents jusqu'au milieu du XIX^{ème} siècle. En effet, les écrits d'Hippocrate contiennent plusieurs passages consacrés au traitement de la ménopause.

Selon R. Arnaud⁴, le médecin de Cos utilise sa théorie des déplacements utérins pour traiter la ménopause. Il conseille de préparer des fumigations vaginales odorantes et, en même temps, de faire respirer à la patiente des odeurs nauséabondes. L'utérus, qui était refoulé à la tête, est attiré vers le bas, ce qui évite les conséquences fâcheuses de la ménopause. L'usage des saignées est aussi recommandé. Duret, dans « *De morbis mulier* », nous dit :

« *Hippocrate avait le soin de faire saigner les femmes qui avaient perdu leurs règles en*

raison de l'âge, deux fois par an pendant les 3 ou 4 ans suivants. »

Galien reprend la théorie d'Hippocrate sur les quatre humeurs composant le corps humain³ : le sang, la bile, l'eau et le phlegme. La santé dépend de leur bonne circulation. A propos de l'organisme féminin, l'idée fondamentale veut que tout dérèglement dans l'écoulement de ces flux puisse se traduire par un engorgement. Ainsi, lorsque le sang menstruel, censé éliminer les poisons issus des résidus de la digestion, ne s'échappe plus par voie habituelle, il se répand dans le reste du corps, provoquant la « pléthore ». Pline l'Ancien³ décrit son pouvoir toxique dans un passage célèbre de l'« Histoire naturelle » :

« On ne trouverait rien de difficilement plus prodigieux que l'écoulement menstruel. L'approche d'une femme en cet état fait tourner les mœurs; à son contact, les céréales deviennent stériles, les greffons meurent, les plantes des jardins sont brûlées, les fruits des arbres sous lesquels elle s'est assise, tombent; l'éclat des miroirs se ternit rien que par son regard, la pointe de fer s'émousse, le brillant de l'ivoire s'efface, les ruches des abeilles meurent; même le bronze et le fer sont attaqués par la rouille et le bronze contracte une odeur affreuse; enfin, la rage s'empare des chiens qui gouttent ce liquide et leur morsure inocule un poison sans remède. Il y a plus : le bitume, cette substance tenace et visqueuse qui, à une époque précise de l'année surnage un lac de Judée; qu'on appelle les Asphaltites, ne se laisse diviser par rien, car il adhère à tout ce qu'il touche, sauf par un fil affecté par ce poison. »

Tous les moyens sont alors bons dans la Rome antique pour promouvoir le retour des règles et chasser ainsi le poison du corps de la femme. Les saignées et l'usage des plantes «*dépuratives*» sont très appréciés. La décoction d'armoise est recommandée pour «*ramollir la rigidité des parties*». La physiothérapie (les thermes) représente aussi un aspect caractéristique de cette époque.

Du Moyen Age au XII^{ème} siècle, les conceptions romaines sont toujours de rigueur et l'« Histoire naturelle » précédemment cité a connu une audience particulière⁴. Il s'agit toujours de chasser à tout prix le poison du corps, de le débarrasser de ces «*matières âcres et morbifiques*» en encourageant le retour du flux cataménial. Pour cela, on utilise : lavements, vomitifs, sudorifiques, purgatifs, emménagogues, saignées. L'ensemble de ces traitements est réservé aux classes supérieures de la société et prodigué par les sages-femmes pour ne pas «*importuner le médecin*». Il existe, en outre, une pratique médiévale supplémentaire :

« Il faut boire de l'urine de chèvre pour provoquer le retour des règles. En effet, l'urine est une déjection qui a la même connotation que les règles, et la chèvre est un animal de sacrifice dans le culte d'Artémis, protectrice des femmes. »⁴

Le XVIII^{ème} siècle représente un changement radical dans la conception thérapeutique. D'après R. Arnaud⁴, les médecins (Astruc et Fothergill notamment) vont considérer que ce n'est plus la *“rétention des menstrues empoisonnées”* qu'il faut soigner mais la pléthore engendrée par l'arrêt des règles. On utilisera alors les saignées, les médications déplétives (sangsues sur le col utérin, scarifications, purgatifs) et les diurétiques. En 1771, Astruc et Fothergill s'insurgent contre l'emploi des emménagogues:

« Il est absurde de donner des médicaments qui provoquent les règles quand elles sont en train de s'arrêter. »

Ils vont même jusqu'à considérer que la plupart des symptômes et maladies que présente la femme à l'époque de la ménopause sont secondaires aux agressions iatrogènes dont elle est victime de la part des médecins!

Les écrits du XIX^{ème} siècle continuent, pourtant, à prôner les emménagogues. La dangerosité de la femme pour autrui laisse place progressivement aux dangers qu'elle court elle-même. En 1846, Poquillon³ décrit de nombreuses maladies liées à ce sang :

« La pléthore qui survient à l'époque de la ménopause donne des signes généraux, des signes d'apoplexie, de pleurésie, de pneumonie, d'hémoptysie, d'odontalgie. Les plus fréquents sont la dureté et la plénitude du pouls, les feux et les chaleurs de la figure, les hémorragies nasales et surtout les hémorroïdes... Au point de vue nerveux, on note des étourdissements, de la pesanteur, des bourdonnements et des tintements d'oreilles. D'autres fois, ce sont des rêves fatigants, des insomnies, des sensations bizarres, de la tristesse, de la mélancolie ou un état d'exaltation. »

Jallon inaugure, semble-t-il, l'équation qui dominera dans les 2 siècles suivants entre l'arrêt des règles et l'arrêt de la vie érotique :

« Obligées de céder à l'empire de l'âge, les femmes cessent d'exister pour l'espèce et ne vivent plus que pour elles. Aux illusions agréables de l'âge qui vient de finir, succèdent des jouissances plus calmes; et l'honneur pur, qu'on rend à leurs vertus, vaut bien l'encens que leur passion brûlait à leur beauté. »

Diderot³ faisait le même constat, mais dans une perspective critique :

« Qu'est-ce alors qu'une femme ? Négligée de son époux, délaissée de ses enfants, nulle dans la société, la dévotion est son unique et dernière ressource ».

Le discours médical, quant à lui, constate un simple état biologique, sans rapport avec la situation familiale et sociale imposée aux femmes :

« Elle devient morose, inquiète, taciturne. Sans cesse, elle regrette des jouissances qui ne sont plus de son âge ».

D.Delanoë³ cite une autre représentation, qui émerge après 1850 dans les écrits médicaux.

Elle se construit autour du souci d'économiser la semence du mari, « *vie à l'état liquide* », « *extrait le plus pur du sang* ». Les médecins dénoncent avec la même virulence les « *fraudes conjugales* » que sont le coït interrompu et autres pratiques de dilapidation du sperme, dont la copulation avec l'épouse stérile ou avec la femme ménopausée.

A la fin du XIX^{ème}, Tilt propose des “anaphrodisiaques” comme le bromure, les suppositoires sédatifs en cas d'excitation mais aussi les stupéfiants (cannabis, chanvre, opium), qu'ils utilisent en lavement en partant du principe que l'utérus est ainsi calmé par la proximité du rectum, ainsi que le chlorhydrate de morphine.

A cette même époque, on comprend que les règles ont un lien avec les ovaires. Et toutes les attentions se déplacent de l'utérus vers les ovaires. Jayle va d'ailleurs assurer le succès temporaire de l'opothérapie : les ovaires peuvent, selon lui, être administrés sous forme d'ovaires frais de génisse, d'ovarine (poudre obtenue par la dessiccation des ovaires) ou de liquide ovarique.

Puis, l'avènement des œstrogènes et leur synthèse industrielle ont provoqué un tournant majeur dans l'histoire de la prise en charge de la ménopause.

1.2.La ménopause dans l'histoire moderne :

1.2.1. Avènement des œstrogènes

D'après P. Chanson⁵, c'est en 1920 que Allen et Doisey ont réalisé la première synthèse chimique d'une forme d'œstrogènes, appelée œstrone, à partir de l'urine de femmes enceintes.

Le développement des hormones comme médicaments tels que nous les connaissons aujourd'hui ne s'est pas fait avant, mais pendant leur commercialisation. D. Delanoë³ raconte que ce processus résulte de l'association d'un biologiste, Ernst Laqueur, et d'un laboratoire pharmaceutique hollandais, Organon. Fondé en 1923, ce dernier s'était fait un nom en fabriquant la première insuline. La compétition était rude pour isoler et synthétiser la fameuse hormone, susceptible de guérir presque toutes les maladies des femmes. Quand Laqueur mit en évidence l'hormone sexuelle femelle dans l'urine de jument gravide, le directeur médical d'Organon déclara que l'on y avait découvert de l'or. Sa société mis alors sur le marché un œstrogène dont la fonction thérapeutique était en grande partie inconnue. A quoi pouvait donc servir cette fameuse hormone? On essayait de soigner l'aménorrhée, les méno-métrorragies sans grand résultat. Une publicité en 1927 vantait l'efficacité de cette hormone pour « *toutes*

les anomalies de la fonction ovarienne»; d'autres célébraient les idéaux féminins : « *Néogynon stimule la féminité et la beauté* ». Dès cette date, des essais furent entrepris pour traiter la schizophrénie, l'eczéma, les rhumatismes, l'épilepsie, le diabète... En 1933, les hormones sexuelles féminines avaient été utilisées pratiquement dans toutes les maladies possibles. A la fin des années 1930, Organon désigna la ménopause comme l'une des indications principales de ce traitement.

A travers l'invention d'un médicament et la construction de sa fonction thérapeutique, l'industrie pharmaceutique fut le moteur de cette phase de médicalisation de la ménopause.

1.2.2. La création de la ménopause comme maladie carentielle

Dès 1930, les bénéfices de ce traitement chez la femme ménopausée sont démontrés : traitement des troubles vasomoteurs, amélioration de la trophicité vaginale et effet bénéfique sur l'ostéoporose. Ainsi, le marché et la prescription des œstrogènes s'élargissent. Cela incite l'industrie pharmaceutique à développer une intense promotion dans les années 1960. Cette campagne publicitaire, décrite par D. Delanoë³ se déroule en premier lieu dans les journaux médicaux. Une publicité montre par exemple, une femme assise, un billet d'avion à la main, alors que son mari s'impatiente et regarde sa montre. Ce texte commente l'image :

« Bon voyage ? Soudain, elle préfère ne pas partir. Elle a attendu trente ans ce voyage. Maintenant, elle n'en a plus envie. Elle a mal à la tête, elle a des bouffées de chaleur et elle se sent tout le temps fatiguée et nerveuse. Et elle pleure sans raison ».

Des publicités d'un ton différent paraissent dans la presse grand public expliquant que les œstrogènes permettent aux femmes de rester jeunes, désirables, féminines et sexy. En 1963, trois grands laboratoires pharmaceutiques créent à New York une fondation dotée d'un budget de plus d'un million de dollars, à la tête de laquelle est placé un gynécologue, Robert A. Wilson.

Mais c'est surtout le livre⁶ de ce dernier, publié en 1966 s'intitulant *Feminine for ever*, qui a influencé de façon considérable l'utilisation des œstrogènes. Cent mille exemplaires sont vendus dans les premiers mois suivant son édition, grâce à de nombreux articles et extraits publiés dans les journaux populaires. Dans ce livre, la ménopause est présentée comme une maladie heureusement curable! Les femmes ménopausées y sont décrites comme « *condamnées à être témoin de leur propre décrépitude* ». Le traitement de la ménopause devient « *une des plus grandes révolutions biologiques dans l'histoire de la civilisation* ». Wilson affirme qu'aucune femme ne peut être sûre « *d'échapper à l'horreur de la décrépitude* ». Il énumère vingt-six troubles psychiques et psychologiques que la « *pilule de la jeunesse* » permet d'éviter. Il décrit aussi l'impact de la ménopause sur la famille :

« Le mari, les enfants, et toutes les relations de la femme sont affectés presque aussi gravement que son corps. Ce n'est que dans ce contexte plus large que l'on peut apprécier le problème de la ménopause et des bénéfices de son traitement... Dans la famille, les œstrogènes rendent la femme adaptée, d'humeur tempérée et facile à vivre. Ils contribuent au bonheur de la famille et de tous ceux avec qui elle est en contact. On a montré que même la frigidité est liée à un manque d'œstrogènes. La femme riche en œstrogènes est capable d'une réponse sexuelle beaucoup plus généreuse et satisfaisante que la femme dont la féminité souffre du manque de soutien chimique. »

Wilson est souvent considéré comme un « charlatan » par ses collègues plus modérés. Cependant, certaines autorités médicales soutiennent son point de vue. Robert Greenblatt, ancien président de la société américaine de gériatrie, écrit dans l'avant-propos de ce livre que :

« Le Dr Wilson, tel un galant chevalier, est venu au secours de sa chère dame, non au moment de sa floraison, mais dans ses années ingrates ».

Les ventes d'œstrogènes augmentent de 400% entre 1966 et 1975. Et le THM devient le cinquième médicament le plus prescrit aux Etats-Unis. Les ventes annuelles représentent plus de 70 millions de dollars.

Enfin, il revient à David Reuben, psychiatre, d'avoir une représentation évocatrice de la condition féminine : *« ayant épuisé leurs ovaires, elles ont épuisé leur utilité en tant qu'être humain »*. Selon lui, le traitement oestrogénique permet aux femmes d'échapper au vieillissement, et les protège contre le cancer du sein et de l'utérus.

Dans les années 1970, une épidémie de cancer de l'utérus éclate. Pour la première fois, le THM fait alors l'objet de publications dans deux prestigieuses revues, le Journal of the American Association et le New England of Medecine. En effet, des articles³, parus en 1975 et 1976, montrent un lien entre la prise d'œstrogènes chez les femmes ménopausées et le cancer de l'utérus. Les journaux grand public font un large écho aux études montrant les effets cancérogènes des œstrogènes et jouent un rôle important dans la diminution de leur consommation. En 1979, une conférence de consensus aux Etats-Unis par l'Institut National du vieillissement conclut, à l'unanimité, que le traitement substitutif ne devait être utilisé qu'à la dose la plus faible possible et pour la période la plus brève possible. Elle demande aussi aux femmes de se déprendre de leur attitude passive et de décider en connaissance de cause de suivre ou non ce traitement. Cette injonction pourrait être considérée comme le signe d'une évolution de la relation médecin/patient vers une plus grande symétrie. Plus cyniquement, D. Delanoë³ fait remarquer qu'il pourrait être prudent, pour se protéger d'éventuelles poursuites judiciaires, d'impliquer la patiente dans la décision de continuer un traitement comportant un

risque important.

On associe alors un progestatif aux oestrogènes qui fera quasiment disparaître ce risque.

Les années 1980-1990 voient confirmer l'effet préventif du THM sur les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose et la démence. C'est aussi à ce moment que la question du THM s'est peu à peu posée en Europe, où le corps médical était resté très réticent, voire franchement opposé à son utilisation. *Avec la prévention de l'ostéoporose, le discours médical quitte le terrain douteux de la jeunesse éternelle, de la séduction et de la féminité, et aborde le domaine noble et sans ambiguïté de la pathologie grave.*³ La prévention de l'ostéoporose constitue l'essentiel du « véritable phénomène de santé publique » que devient la ménopause depuis la fin des années 1980.

A cette époque sont publiées plusieurs études épidémiologiques de cohortes et de cas témoins : les résultats sont assez concordants avec cette notion de prévention précédemment citée. Certes, les risques de cancer du sein, de cholécystite ou encore d'accident thrombo-embolique sont augmentés mais chacun a la conviction que la qualité de vie est meilleure sous traitement. A ce stade, la balance bénéfice/risque, essentiellement emportée par la conviction que le traitement diminue le risque cardio-vasculaire (diminution de 35 à 55% d'après certaines études transversales), est en faveur du THM. *Aussi, à condition d'avoir respecté les contre-indications, à la fin des années 1990, toute femme ménopausée se doit d'être traitée par THM*⁵. En Europe, se développe un traitement ostrogénique par voie percutanée afin de court-circuiter la circulation porte. Il repose sur quelques données expérimentales et épidémiologiques qui démontreraient une diminution des effets secondaires.

Mais dès la fin des années 1990, certaines études portent déjà en germe la polémique qui émergera quelques années plus tard sur les effets du THM. La méta-analyse du groupe de collaboration sur les facteurs hormonaux dans le cancer du sein, publiée dans le Lancet le 11 octobre 1997, est représentative de ces travaux précurseurs.

1.3. Les dernières grandes études

1.3.1. Les travaux précurseurs : la méta-analyse du Lancet de 1997

L'un des travaux précurseurs du débat sur l'opportunité du THM est donc cette méta-analyse publiée dans le Lancet le 11 octobre 1997⁷.

Ce travail réunit et réanalyse près de 90% des essais épidémiologiques mondiaux étudiant la relation entre le risque de cancer du sein (CS) et le THM. Il inclut donc 51 études dans 21

pays.

Selon cette étude, **le risque de cancer du sein est plus élevé chez les utilisatrices d'un THM que chez les non utilisatrices.**

Les principaux résultats de ce travail sont donc les suivants :

- ➔ Parmi les femmes traitées par THM, le risque relatif d'avoir un CS augmente d'un facteur de 1.023 par année d'utilisation. Par exemple, une femme ayant utilisé le THM pendant cinq ans voit son risque relatif augmenter de $(1.023)*5 = 1.12$.
- ➔ Cinq ans ou plus après l'arrêt du THM, le risque supplémentaire de cancer du sein disparaît.
- ➔ Il n'y a pas de variation significative du risque de cancer du sein selon le type d'hormone utilisé ni les doses. Toutefois, ce résultat doit être considéré avec précaution car ces informations ne sont disponibles que pour une faible partie de l'échantillon.
- ➔ Les CS diagnostiqués chez les femmes qui ont été ou sont traitées par THM seraient moins avancés cliniquement et donc de meilleurs pronostics que les CS de celles qui n'ont jamais recouru au traitement.
- ➔ L'influence du THM sur la mortalité due au CS n'a pas été établie.

Les auteurs de l'étude soulignent, cependant, que ces résultats doivent être replacés dans le contexte de l'évaluation du rapport bénéfice/risque associé à l'utilisation du THM. Il faut également noter que, dans l'ensemble des enquêtes, le nombre de femmes ayant utilisé des traitements combinant œstrogènes et progestatifs est très faible, et qu'il s'agit principalement d'associations d'œstrogènes naturels et de MPA (acétate de médroxyprogestérone).

Au moment de cette étude, les effets à long terme des traitements utilisés en France n'ont pas été évalués.

D'ailleurs Clavel-Chapelon et Hill (2000) concluent sur la nécessité d'attendre de nouvelles données épidémiologiques et soulignent que « *le risque modéré de CS mis en évidence, ne justifie pas, pour le moment, que les cliniciens modifient leur pratique, ni en ce qui concerne la sélection des femmes à traiter, ni en ce qui concerne la durée* »⁸.

1.3.2. Premier coup de tonnerre : l'étude HERS⁹

En 1998, elle est une des premières études randomisées en double insu qui analyse l'effet du THM.

Elle porte sur 2763 femmes âgées de 66,7 ans en moyenne, ayant déjà eu un événement coronarien. Deux groupes sont suivis pendant 4,1 années en moyenne. L'un est traité par

0,625 mg d'œstrogènes conjugués équins associés à 2,5 mg d'acétate de médroxyprogestérone (MPA) tous les jours, et l'autre reçoit un placebo.

Alors qu'on attendait une diminution de moitié du risque d'évènement coronarien secondaire, les promoteurs de cette étude ont la surprise de voir que les femmes sous THM n'ont pas moins d'évènements coronariens que les femmes traitées par placebo. En fait, ils observent une augmentation du risque d'accident vasculaire la première année, RR = 1,52 (IC à 95% : 1,01-1,52), qui décroît régulièrement par la suite.¹⁰

Les auteurs concluent aussi à une augmentation du risque thrombotique.

Par la suite, jusqu'en 2002, l'étude¹¹ HERS II poursuit l'analyse des femmes ayant continué cette association (soit 2321 femmes) pendant une moyenne de 2,7 ans, soit pendant une durée totale de 6,8 ans. Elle aboutit à des résultats complémentaires :

- ➔ Entre la quatrième et la cinquième année se dessine plutôt un effet protecteur sur le risque cardio-vasculaire, RR = 0,67 (IC à 95% : 0,43-1,04)
- ➔ Le risque relatif (RR) de cancer du sein (CS) s'élève à 1.27 (IC à 95% = 0.84- 1.94) mais n'est pas pour autant significativement différent de l'unité. L'intervalle de confiance très large révèle une estimation du RR très approximative, vraisemblablement en raison de la petite taille de l'échantillon observé. Notons qu'il s'agit avant tout d'une étude de prévention secondaire du risque cardiovasculaire, à priori peu pertinente pour l'évaluation du risque de CS.

Même si cette étude n'est pas indemne de critiques méthodologiques (petit échantillon, courte durée de suivi), elle a semé un trouble considérable dans les esprits.

D'autres études prospectives ultérieures vont retrouver **l'absence de prévention cardiovasculaire** à plus long terme : l'étude ERA¹², l'étude WEST¹³.

1.3.3. En 2002, l'essai ESPRIT confirme ces résultats¹⁴

L'essai britannique ESPRIT compare, en double aveugle, 2mg par jour de *valérate d'œstradiol* par voie orale versus placebo, sans traitement progestatif associé. Elle est effectuée chez 1017 femmes d'âge moyen de 62,6 ans, en convalescence après un infarctus du myocarde. La plupart des femmes sont recrutées pendant l'hospitalisation et commencent le traitement le jour de la sortie. L'œstradiol est l'œstrogène présent dans la quasi totalité des spécialités commercialisées en France dans le THM.

La fréquence de récurrence de l'infarctus du myocarde n'est pas différente entre les deux groupes à 24 mois : 12 % dans les deux groupes.

De plus, il n'y a pas de différence significative sur le nombre de décès total¹⁴.

1.3.4. L'étude Women's Health Initiative (WHI)

L'étude américaine WHI¹⁵ constitue la plus importante étude jamais réalisée sur la santé des femmes et sur les éléments susceptibles de l'améliorer.

Cette étude est réalisée pour évaluer l'influence de l'association œstroprogestative sur deux critères d'évaluation principaux : le risque coronarien et le risque de CS invasif.

Les premiers résultats de l'étude WHI, publiés en juillet 2002 dans le JAMA, sont à l'origine de la polémique qui a fait rage dans la communauté des médecins et qui, dépassant ce cadre par la voix médiatique, a semé le trouble chez les patientes concernées. En effet, devant une « balance bénéfices-risques » jugée négative, le comité de surveillance de l'étude décide, en 2002, d'interrompre l'essai dans le bras n°1 (i.e. association œstrogène et progestatif versus placebo). Ce résultat provient notamment de la constatation d'une augmentation du risque cardio-vasculaire, alors que l'objectif initial de l'étude était de confirmer un effet protecteur suspecté par de nombreuses études épidémiologiques précédentes. De plus, cette étude retrouve une discrète augmentation du risque de cancer du sein liée au THM, déjà connue précédemment.

1.3.4.1. Présentation de l'étude¹⁵

Cette étude est réalisée aux Etats-Unis, et financée par le National Institute of Health. Elle est randomisée en double aveugle et contrôlée.

Les femmes ménopausées, âgées entre 50 et 79 ans, sont contactées par courrier postal direct, ainsi que par des campagnes d'annonce dans les médias.

L'étude comporte 2 bras :

Le bras n°1 inclut 16608 femmes ménopausées, d'un âge moyen de 63,3 ans. Elles sont traitées par l'association continue per os de 0,625 mg/jour d'œstrogènes équins sulfoconjugués (ECE) et de 2,5 mg/jour d'acétate de médroxyprogestérone versus placebo. Notons que ce type d'association est très peu utilisé en France.

Le bras n°2 inclut 39 femmes ménopausées hystérectomisées, randomisées avec 0,625 mg/jour d'ECE seul versus placebo.

1.3.4.2. Les résultats

En résumé, les résultats publiés en Juillet 2002, montrent, en moyenne, un excès de 19 événements défavorables graves pour 10 000 femmes par an dans le groupe traité par oestroprogestatifs (bras n°1). Cet indice global prend en compte les deux critères principaux

(le risque coronarien et le risque de CS) mais il englobe aussi d'autres événements. En effet, l'indice global prend en compte, pour chaque participante, le premier événement médical grave tels que le cancer du sein, les maladies cardiovasculaires, l'accident vasculaire cérébral, l'accident thrombo-embolique, le cancer de l'endomètre, le cancer colorectal, la fracture du col du fémur et le décès.

Relativement au groupe placebo, on observe en moyenne, pour 10 000 femmes-année, un excès de 8 embolies pulmonaires, 7 accidents coronariens, 8 accidents vasculaires cérébraux et 8 cancers du sein invasifs. En revanche, en moyenne, 6 cancers colorectaux et 5 fractures du col du fémur sont évités.

- **Les effets sur le risque cardio-vasculaire :**

En 2002, le **bras n°1** (œstrogènes + progestatifs)¹⁵ révèle une **augmentation du risque cardio-vasculaire** avec un *hazard ratio* (HR) à 1,29 (IC à 95% : 1,02-1,63). Le **risque d'AVC s'élève** aussi : HR =1,31 (IC à 95% : 1,02-1,68).

En 2004, l'étude¹⁶ du **bras n°2** (œstrogènes seuls) de l'étude WHI est également interrompue, essentiellement en raison d'une **augmentation du risque d'AVC** : HR = 1,37 (IC à 95% : 1,09-1,73). Mais les auteurs ne constatent **pas d'augmentation des autres risques cardio-vasculaires ni d'élévation du risque de cancer du sein**¹⁵. En 2006, une réanalyse de ce même bras par tranche d'âge indique même une diminution à la limite de la significativité du risque cardio-vasculaire chez les femmes âgées de 50 à 59 ans, et une diminution significative des interventions pour revascularisation coronarienne.

En 2007, une nouvelle synthèse portant sur l'ensemble des deux bras de l'étude WHI est publiée. Cette fois-ci, les auteurs distinguent les effets du THM en fonction de différents critères. Ils découvrent alors que les effets observés varient en fonction de l'âge des femmes et du délai écoulé depuis la ménopause¹⁰. Il en ressort un **probable effet protecteur du THM sur les risques cardiovasculaires chez les femmes ménopausées depuis moins de 10 ans**. Voici le tableau récapitulatif du risque cardio-vasculaire des femmes ménopausées :

	Hazard Ratio (HR) avec IC à 95%
Résultats globaux	0,91 (0,75-1,12)
THM débuté - de 10 ans après la ménopause	0,76 (0,5-1,16)
THM débuté entre 10 et 19 ans > ménopause	1,10 (0,84-1,45)
THM débuté + de 20 ans après la ménopause	1,28 (1,03-1,58)

Tableau 1 : Risque cardio-vasculaire lié à la prise de THM, étude WHI

Si le risque global d'AVC augmente, les auteurs font remarquer que cela n'est pas constaté chez les femmes âgées de 50 à 59 ans.

De plus, le risque de thrombose veineuse augmente dans les 2 bras de l'étude : HR = 2,09 (IC à 95% : 1,59-2,74) pour le bras n°1 et HR = 1,34 (IC à 95% : 1,01-1,77) pour le bras n°2.

- **Les effets sur le risque de cancer du sein :**

En 2002, dans le bras n°1, il est constaté une probable **augmentation du risque de cancer du sein** : HR à 1,26 (IC à 95% : 1,00-1,59), ce qui correspond en risque absolu à 8 cas supplémentaires de cancer du sein pour 10 000 femmes-années¹⁵. Mais cela concerne principalement les femmes ayant pris un THM préalablement à leur inclusion :

Prise de THM préalablement à l'inclusion	HR avec IC à 95%
Durée < 5ans	2,13 (1,15-3,94)
Durée entre 5 et 10 ans	4,61 (1,01-21,02)
Durée > 10 ans	1,81 (0,6-5,43)*

*Tableau 2 : Risque de cancer du sein en fonction de la prise de THM préalablement à l'inclusion dans le bras n°1 de l'étude WHI. *Toutefois, les effectifs sont faibles*

Pour les femmes **jamais traitées** auparavant, l'augmentation n'est **pas significative** : HR = 1,06 (0,81-1,38).

En revanche, dans le bras n°2 (œstrogènes seuls)^{10, 17}, une diminution de 23% (à la limite de la significativité) du risque de cancer du sein est observée : RR = 0,8 (IC à 95% : 0,62-1,04). Cette réduction devient toutefois significative chez les femmes ayant une bonne observance du traitement: HR = 0,67 (IC à 95% : 0,47-0,97, p=0,03).

- **Les effets sur le risque de démence :**

La majorité des études publiées avant la WHI avait conclu à un effet bénéfique du THM. La WHIMS vient contredire ces résultats : le THM ne semble **pas prévenir la détérioration cognitive** chez la femme de plus de 65 ans. Après un suivi moyen de 4 ans, le diagnostic de «démence probable» double dans le bras n°1 (œstrogènes-progestatifs) : HR = 2,1 (IC à 95% : 1,2-3,5). En effet, le diagnostic est porté chez 40 femmes traitées (45 pour 10 000 femmes-année) versus 21 femmes du groupe placebo (22 pour 10 000 femmes-année). Le risque cumulé de démence commence à différer, entre les groupes, 1 an après la

randomisation. Et l'écart se maintient par la suite. La maladie d'Alzheimer est le diagnostic le plus fréquemment retrouvé.

Dans le bras n°2, le risque de démence est majoré de 50% : HR = 1,5 (IC à 95% : 0,8-2,7)¹⁴.

- **Les effets sur le risque d'ostéoporose post-ménopausique :**

L'étude WHI constitue aussi la première étude d'intervention randomisée démontrant un **effet protecteur du THM vis-à-vis du risque de fracture ostéoporotique**. Cet effet est observé aussi bien dans le bras n°1 (œstroprogestatifs) que dans le bras n°2 (œstrogènes seuls) et sur tous les sites:

- réduction de 30% environ du risque global de fracture
- réduction de 40% (bras n°1) et de 36% (bras n°2) pour le risque de fracture vertébrale
- réduction de 37% (bras n°1) et de 35% (bras n°2) pour celui de fracture du col fémoral

L'effet protecteur vis-à-vis des fractures s'accroît avec le temps¹⁰.

- **Les effets sur le risque de cancer du côlon¹⁵:**

Dans le bras n°1, 43 cas de cancer du côlon concernent les femmes sous THM contre 72 dans le groupe placebo, soit le RR = 0,56 (IC à 95% : 0,38-0,81). Cette **réduction du risque** de cancer du côlon apparaît après 4 années de traitement. Toutefois les tumeurs observées chez les femmes sous THM sont, paradoxalement, à un stade plus avancé.

Dans le bras n°2 (œstrogènes seuls), aucun effet sur la fréquence du cancer du côlon n'est observé.

- **Les effets sur la mortalité :**

Il n'y a pas de différence statistiquement significative du risque de décès dans les 2 bras de l'étude. En effet, dans le bras n°1, on observe 1/10000 décès en moins par année dans le groupe traité comparé au groupe placebo; la différence étant, bien entendu, non significative.

Enfin, l'étude WHI donne lieu à de nombreuses autres publications. D'ailleurs, ces travaux ne se limitent pas à l'analyse des effets du THM. ¹⁰Ils viennent contredire beaucoup de croyances dans plusieurs domaines¹⁸ : depuis les effets du THM jusqu'à ceux d'une hygiène de vie incluant une nourriture plus saine et enrichie en calcium et en vitamine D, ou encore les effets bénéfiques de l'aspirine à faible dose vis-à-vis des maladies cardiovasculaires. Mais ces études se heurtent à de multiples difficultés et à de nombreux biais. Devant l'abondance de ces résultats, nous avons choisi de ne pas les exposer dans cette thèse.

1.3.4.3. Les biais de l'étude

Très rapidement après la publication des résultats, l'étude WHI est critiquée en France comme sur le plan international, tant au niveau du protocole qu'au niveau de l'interprétation des résultats.

Par exemple, dès septembre 2002, le Président de l'International Menopause Society (IMS) fait part de ses réserves dans la revue *Climacteric*¹⁹. Il critique, entre autres, les critères d'inclusion qui ne reflèteraient pas la pratique clinique habituelle des indications du THM, si bien que **l'échantillon de femmes étudié n'est pas représentatif** de la population habituellement traitée :

- **Age moyen élevé** : 63,3 ans dans le bras n°1 et 63,6 ans dans le bras n°2. Cela contraste avec l'âge moyen de la ménopause, en Europe, qui est de 51 ans. De plus, lors de cette étude, le délai moyen entre l'apparition de la ménopause et le traitement est de 13 ans. Cela peut, entre autres, avoir des répercussions sur le risque de démence. En effet, dans le bras œstrogènes seuls de l'étude WHIMS, les femmes ayant reçu un THM préalablement à leur inclusion n'ont pas d'augmentation du risque de démence : HR = 0,87 (IC à 95% : 0,32-29). C'est le contraire chez celles pour qui le traitement a été administré 20 années après l'instauration de la ménopause : HR = 1,93 (IC à 95% : 0,94-4,04).
- **Profil d'emblée à risques**. Une grande proportion de ces femmes sont vraisemblablement porteuses de lésions artérioscléreuses préexistantes : 7 à 8% des femmes sont des antécédents cardio-vasculaires, 35,7% une hypertension artérielle, 12,7% une hypercholestérolémie, 69,5% sont en surpoids dont 34% obèses, 49% sont des fumeuses anciennes ou actuelles, 4,4% sont diabétiques, 6,9% sont traitées par des statines et 19% par de l'acide acétylsalicylique.

De plus, les antécédents familiaux de CS sont retrouvés chez 16% des femmes incluses et 10% sont nullipares. Il est également remarquable que 0,9% des femmes traitées ont un antécédent de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire, 1,3% ont un antécédent d'intervention de revascularisation coronaire et 3% ont un antécédent d'angine de poitrine : ce type de caractéristiques sont toujours considéré comme une contre-indication absolue à l'instauration d'un THM en France.

D'autres biais liés à la méthodologie ou à l'interprétation des résultats sont observés. Ceci est un rappel non exhaustif des principales difficultés liées à cette étude :

- le double insu est levé dans 44% pour le groupe traité contre 6,8% pour le groupe placebo, essentiellement en raison de la survenue de saignements vaginaux: ce phénomène peut pousser à une surveillance plus étroite et, par conséquent, à une détection plus importante d'évènements indésirables chez les femmes sous THM.

- Le taux d'abandon est particulièrement élevé : 42% des femmes sous THM, 38% sous placebo.
- Initialement, il n'est pas pris en compte que le risque coronarien apparaît élevé la première année, HR : 1,81 (IC 95% : 1,09-3,01); il diminue ensuite rapidement. L'augmentation du risque n'est plus significative dès la deuxième année. De plus, et de façon inexplicable, le nombre d'accidents coronariens diminue subitement pendant la cinquième année dans le groupe placebo. En revanche, à partir de la sixième année, le nombre d'accidents coronariens est plus élevé dans le groupe placebo que dans le groupe sous THM : HR = 0,7 (IC à 95% : 0,42-1,14).
- Sur le plan statistique, les conclusions sont aussi fortement nuancées dans la *Revue Prescrire*²⁰. Après ajustement statistique, seuls l'augmentation du risque thrombo-embolique et la diminution du risque d'ostéoporose (à l'exception du risque de fracture vertébrale et du col fémoral) semblent être significatifs. [cf tableau 3 ci-dessous]
- En effet, comme le souligne le rapport de JAMA dans le paragraphe intitulé « analyse statistique » :

« Ces intervalles de confiance nominaux ne tiennent pas compte des problèmes inhérents aux tests statistiques multiples (entre différentes périodes et entre différentes catégories de résultats), problèmes présents dans cette étude ».

Il est donc nécessaire de faire un ajustement des statistiques pour tenir compte des comparaisons multiples. Même si le rapport du JAMA 2002 fait état de la nécessité de cet ajustement, il n'en est pas tenu compte dans le commentaire des résultats, qui selon les auteurs : *« [...] se concentre en priorité sur les résultats utilisant les statistiques non ajustées, et repose aussi sur la convergence parmi les catégories de diagnostics, les données convergentes d'autres études, et sur la plausibilité biologique, pour l'interprétation des résultats ».*

Evènement	Fréquence sous placébo pour 10000/an	Fréquence sous THM pour 10000/an*	Différence absolue pour 10 000/ an	p	P après ajustement
Infarctus du myocarde et décès coronariens	30	37	+7	p<0,05	NS
AVC	21	29	+8	p<0,05	NS
Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire	16	34	+8	p<0,05	p<0,05
Embolie pulmonaire	8	16	+8	p<0,05	NS
CS invasif	30	38	+8	p<0,05	NS
Cancer de l'endomètre	6	5	-1	NS	NS
Cancer colorectal	16	10	-6	p<0,05	
Fracture de hanche	15	10	-5	p<0,05	NS
Fracture vertébrale symptomatique	15	9	-6	p<0,05	NS
Fracture ostéoporotique en général	191	147	-44	p<0,05	p<0,05
Mortalité totale	53	52	-1	NS	NS

Tableau 3 : Principaux résultats de l'essai WHI, selon la Revue Prescrire²⁰

**Association continue PO de 0,625 mg par jour d'œstrogènes équins conjugués et de 2,5 mg de MPA*

Pourtant, malgré les biais discutés ci-dessus, l'étude WHI a ébranlé de façon majeure les dogmes admis par beaucoup. Elle est la genèse d'une polémique importante dont l'effervescence n'a fait que croître avec les résultats des études ultérieures.

1.3.5. En 2003, l'étude « Million Women Study » (MWS)²¹

Cette étude britannique, publiée dans le Lancet en 2003, a pour but d'analyser la relation entre le THM et le risque de CS, ainsi que la mortalité liée à ce traitement.

La démarche retenue par la MWS diffère fondamentalement de celle de l'étude WHI puisqu'il s'agit ici d'une étude de cohorte. Elle vient renforcer les premières conclusions de l'étude WHI et ainsi attiser la polémique au sujet du THM et des risques de CS possiblement induits.

1.3.5.1. Présentation de l'étude²¹

Elle est initiée par le National Health Service Breast Screening Programme (NHSBSP).

Habituellement, le NHSBSP invite chaque femme britannique âgée de 50 à 64 ans à un dépistage systématique du CS par le biais d'une mammographie. Tous les trois ans, ces femmes reçoivent un courrier leur proposant gratuitement ce dépistage.

En pratique, pour l'élaboration de la MWS, chaque femme reçoit à cette occasion, en plus du courrier contenant l'invitation au dépistage, un questionnaire relatif à l'étude. Les principaux aspects de l'étude sont décrits en 1999 dans la revue *Breast Cancer Research*.

Les données sur les CS et les décès secondaires aux CS sont obtenues, pour ces femmes, grâce au registre du NHSBSP. Le suivi moyen est de 2,6 ans pour l'incidence des cancers du sein et de 4,1 pour la mortalité.

1.3.5.2. Les résultats²¹

Finalement, 1 084 110 femmes sont recrutées entre 1996 et 2001, âgées de 50 à 64 ans, qu'elles soient ménopausées ou non. Et elles n'ont pas d'antécédents de CS au moment de leur inclusion. La moyenne d'âge est de 55,9 ans. La moitié des femmes prennent une hormonothérapie : 41% un œstrogène non associé, 50% une association œstroprogestative, 6% la tibolone, 3% un traitement autre non précisé.

Sur cette période, 9364 CS sont diagnostiqués et 637 décès par CS invasifs sont enregistrés. En moyenne, ces CS sont diagnostiqués après 1,2 an de suivi, et les décès surviennent 1,7 an

après le diagnostic.

Les principaux résultats sont donc :

- **augmentation du risque de cancer du sein** chez les femmes sous THM, quelque soit le type de traitement utilisé (oestroprogestatifs, œstrogènes seuls ou tibolone) : RR = 1.66 (IC à 95% : 1.58-1.75). Elles voient aussi le **risque relatif de mourir de ce CS s'élever** à 1.22 (IC à 95% : 1.00-1.48).

On peut noter que cette augmentation retrouvée dans le groupe œstrogènes seuls diffère avec les résultats de la WHI. De plus, c'est la première fois que le risque de cancer du sein est observé avec la tibolone.

- **risque supérieur avec les associations oestroprogestatives** RR = 2.0 (IC à 95% : 1.88-2.12) qu'avec les œstrogènes non associés RR = 1.30 (IC à 95% : 1.21-1.40) ou la *tibolone* RR = 1.45 (IC à 95% : 1.25-1.68)
- Aucune différence du risque de CS n'est observée en fonction :
 - ➔ du type d'œstrogènes (conjugués équins ou œstradiols), de leur posologie, et de leur voie d'administration (orale, transdermique ou implantable)
 - ➔ du type de progestatifs utilisés : MPA, norethindrone et norgestrel (utilisés en France)
 - ➔ des régimes séquentiels ou continus
- **augmentation** du risque relatif de CS en fonction de la **durée du traitement** quelque soit le type de THM utilisé.

Voici le tableau récapitulatif des risques de cancer du sein en fonction de la durée et du type de traitement utilisé :

	Œstrogènes + progestatifs	Œstrogènes seuls	Tibolone
Moins de 5 ans de traitement	1.7 (1.56-1.85)	1,21 (1,07-1,37)	1,32 (1,04-1,69)
Plus de 5 ans de traitement	2.21 (2.06-2.37)	1,34 (1,23-1,40)	1,57 (1,30-1,90)

Tableau 4 :Risque relatif de cancer du sein en fonction de la durée et du type de traitement utilisé (étude MWS)

- le risque relatif de cancer du sein semble **disparaître à l'arrêt du traitement**.

1.3.5.3. Les biais de l'étude

Les principaux biais de cette étude sont^{10, 22}:

- ➔ Niveau de preuve plus faible des études d'observations par rapport aux essais comparatifs randomisés, car les traitements ne sont pas attribués au hasard. Les groupes étudiés

différent par le traitement étudié mais aussi par d'autres caractéristiques, plus ou moins bien cernées, qui sont à l'origine de biais.

Par exemple, on ne connaît guère les différences entre les caractéristiques des femmes prenant une hormonothérapie et celles n'en prenant pas. Ainsi, on ne sait pas si elles ont été suivies et prises en charge de la même manière, ni si le risque de CS a influencé le choix.

- ➔ Risque spontané de CS chez les femmes ménopausées plus faible que celui des femmes encore réglées. Cette caractéristique va totalement à l'encontre des données de l'épidémiologie, et porte à croire que le risque de CS sur l'échantillon des femmes ménopausées est sous-évalué. Comme le souligne le Professeur Henri Rozenbaum dans son analyse de l'étude MWS:

“Conséquence de ce phénomène, si le risque de cancer a été sous-évalué chez les femmes non traitées, celui observé sous traitement hormonal substitutif est peut-être par contre coup surévalué; rappelons que le risque global observé ici : 1.66 est supérieur à celui de l'étude WHI ou à celui de la méta-analyse du Lancet : 1.3 dans ces deux publications. La même remarque s'applique aux associations œstroprogestatives : $RR = 2$ contre 1.3 lors de l'étude d'intervention WHI.”²²

- ➔ Biais lié au mode de collecte des données : les renseignements relatifs au traitement hormonal sont collectés une fois pour toutes lors de l'inclusion dans l'échantillon, et ne sont pas réactualisés pendant le suivi. Par conséquent, la fréquence des changements éventuels de traitement ne peut pas être évaluée avec toute la rigueur nécessaire. Selon C. Azoulay¹, la principale critique de cette étude est d'ailleurs la non fiabilité des données concernant le traitement *“puisque'on considère qu'au moins 30% des femmes ont changé de traitement après avoir rempli le questionnaire, donnée non prise en compte dans l'analyse finale de l'étude”*.
- ➔ La fréquence des mammographies est plus élevée chez les femmes sous THM que chez celles non traitées: 32% contre 19%.
- ➔ Le délai moyen de diagnostic des cancers du sein apparus sous THM est de 1,2 année, et celui d'en décéder de 1,7année! Ces résultats sont difficilement explicables. On peut émettre l'hypothèse que des femmes préalablement atteintes d'un cancer du sein sont incluses dans ce groupe.
- ➔ De plus, si on admet la possibilité d'un effet promoteur du THM sur certains cancers du sein, il est difficilement concevable que cet effet cesse dès la première année suivant l'arrêt de celui-ci, phénomène observé dans cette étude.
- ➔ Cette étude surestime globalement le risque de cancer du sein : 2,8 pour 1000 femmes-

année contre 2 pour 1000 femmes-année selon la majorité des publications.¹⁰

Finalement, cette étude de cohorte, malgré les biais, garde une valeur d'orientation, venant s'accorder avec les résultats de l'étude WHI. Cependant, d'autres essais cliniques comparatifs évaluant les principales hormonothérapies utilisées en Europe sont indispensables pour y voir plus clair.

1.3.6. L'étude E3N^{10, 23}

En 2005, l'étude E3N constitue la première étude de cohorte à grande échelle effectuée en France sur l'effet du THM sur le risque de cancer du sein. Cette étude est la branche française de la grande étude européenne EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and nutrition).

Dans ce cadre, l'équipe de F. Clavel-Chapelon, de l'INSERM, suit depuis juin 1990 une cohorte de 54 548 femmes ménopausées appartenant à la mutuelle de l'éducation nationale (MGEN). Le but de l'étude est de définir les effets des différents THM sur l'apparition de cancer du sein.

Il s'agit de femmes ménopausées, non préalablement traitées, dont l'âge moyen d'inclusion est 52,8 ans. Le suivi moyen est de 5,8 ans.

1.3.6.1. Résultats :

L'étude²³ montre que, globalement, pour tout type de THM, il y a une **légère augmentation du risque de cancer du sein**, conformément aux autres études : RR = 1,2 (IC à 95% : 1,1-1,4). Mais le risque est différent selon le type de THM utilisé :

- ➔ dans le groupe **œstrogènes seuls**, le sur-risque de cancer du sein est minime voir **inexistant** : RR=1,1 (IC à 95% : 0,8-1,6)
- ➔ dans le groupe oestroprogestatifs, le risque de cancer du sein dépend de la nature du progestatif utilisé :
 - l'association **progestérone micronisée + œstrogènes semble dépourvue d'effet cancérogène**, du moins à court terme : RR = 0,9 (IC à 95% : 0,7-1,2).
 - l'association **progestatif de synthèse + œstrogènes augmente le risque de cancer** du sein : RR = 1,4 (IC à 95% : 1,2-1,7)

1.3.6.2. Les biais

Il s'agit d'une étude observationnelle et donc de faible niveau de preuve. En effet, divers biais ne peuvent pas être contrôlés. En particulier, ici, on ne sait pas si le groupe progestérone micronisée + œstrogènes est comparable aux groupe progestatif de synthèse + œstrogènes. Les données disponibles sont peu nombreuses et de faible niveau de preuve. Les marges d'incertitudes sont telles que diverses hypothèses contradictoires sont plausibles. Il est possible que la progestérone micronisée ait un effet différent d'autres progestatifs en termes de cancer; mais il est possible, aussi, que les résultats de l'étude E3N à ce sujet soient biaisés et qu'en réalité, le risque soit accru également avec la progestérone micronisée. Les auteurs de l'étude E3N ont constaté eux-mêmes les points de faiblesse de leur étude, et ont appelé à d'autres travaux visant à éclaircir le débat.

Malgré ses biais, cette étude a le mérite d'établir une distinction en fonction des hormones utilisées, ce qui n'a pas été le cas dans la plupart des études précédentes.

De plus, une toute récente étude de cohorte finlandaise²⁴, publiée en janvier 2009 a confirmé l'absence d'augmentation du risque de cancer du sein avec la dydrogestérone ; elle retrouve par ailleurs une augmentation du risque similaire à celle de la WHI avec les autres progestatifs utilisés en Finlande, MPA et acétate de noréthistérone essentiellement.

1.3.7. L'étude des infirmières de Boston (Nurses Health Study) en 2006

*C'est la plus importante étude de cohorte jamais réalisée sur la santé des femmes et les différents facteurs susceptibles de la modifier.*¹⁰

121 700 infirmières, âgées de 30 à 55 ans, sont recrutées depuis 1970 dont 28 835 femmes ménopausées. Le suivi de cette cohorte se poursuit encore actuellement et concerne toujours plus de 90% des femmes initialement recrutées.

Chaque femme répond à des questionnaires les interrogeant sur leur situation vis-à-vis de la ménopause, d'un éventuel THM, des maladies cardio-vasculaires, de la diététique, de l'activité physique...

Les produits utilisés par les femmes suivies sont ceux utilisés dans la WHI (œstrogènes conjugués +/- MPA), hormones rarement utilisées en France.

Cette étude a permis d'établir des corrélations entre THM, ménopause et hygiène de vie.

Il en résulte de nombreuses publications dont les principaux résultats sont exposés ci-dessous (2006)^{25, 26}.

A propos des risques de cancer du sein

- légère augmentation du risque avec les œstrogènes seuls, mais observée qu'après 20 années de traitement :

Durée du traitement (œstrogènes seuls)	RR avec IC à 95 %
< 5ans	0,96 (0,75-1,22)
5 à 9,9 années	0,90 (0,73-1,12)
10 à 14,9 années	1,06 (0,87-1,30)
15 à 19,9 années	1,18 (0,95-1,48)
≥ 20 ans	1,42 (1,13-1,77)

Tableau 5: Risque de cancer du sein en fonction de la durée d'un traitement par œstrogènes seuls (étude des infirmières de Boston)

- risque plus marqué avec l'association œstrogènes + progestatifs (risque équivalent à l'étude WHI)

A propos des risques cardio-vasculaires

Chez les femmes sans antécédent cardio-vasculaire, on observe que :

- ➔ si le traitement est commencé peu après la ménopause : effet protecteur, RR = 0,66 (IC à 95% 0,54-0,8) avec les œstrogènes seuls et RR = 0,72 (IC à 95 % : 0,56-0,92) avec l'association œstrogènes + progestatifs.
- ➔ si le traitement est commencé 10 années ou plus après la ménopause : aucun effet protecteur constaté, RR= 0,76 (IC à 95% : 0,75-1) avec les œstrogènes seuls et RR = 0,8 (IC à 95% : 0,59-1,23) avec les œstrogènes + progestatifs.
- ➔ Chez les femmes ayant commencé le traitement après 60 ans, RR = 1,07 (IC à 95% : 0,31-1,38) avec les œstrogènes seuls et RR = 0,65 (IC à 95% : 0,31-1,38) avec les œstrogènes + progestatifs.

Voici le tableau récapitulatif de ces résultats :

	Œstrogènes seuls	Œstrogènes + progestatifs
Résultats globaux	0,71 (0,61-0,83)	0,68 (0,53-0,83)
THM débuté peu après la ménopause	0,66 (0,54-0,80)	0,72 (0,56-0,92)
THM débuté ≥ 10 ans > ménopause	0,76 (0,75-1)	0,8 (0,59-1,23)
Femme âgées ≥ 60 ans	1,07 (0,31-1,38)	0,65 (0,31-1,38)

Tableau 6: Risques cardio-vasculaires dans l'étude des infirmières de Boston en fonction du type de THM et de l'âge des femmes. D'après Grodstein et coll²⁶

La théorie de la « fenêtre d'intervention » :

Selon un certain nombre d'auteurs, le THM pourrait avoir des effets bénéfiques s'il est commencé tôt après la ménopause, c'est-à-dire avant la constitution de plaques d'athérome instables et, au contraire, un effet délétère s'il est commencé tardivement, une fois les plaques constituées. Cela pourrait expliquer ces résultats, les discordances entre certaines études d'observation et d'intervention ainsi que les derniers résultats de la WHI.

1.3.8. L'étude MISSION²⁷

C'est une étude historico-prospective dont le but est d'évaluer en France la morbidité des femmes ménopausées suivies par des gynécologues et exposées ou non à un THM dit « à la française ». C'est une cohorte de 6755 patientes qui a débuté en 2004. Selon, Rozenbaum¹⁰ :

« Son intérêt est de correspondre aux conditions réelles de prescription puisque c'est le gynécologue, en toute connaissance du profil de risque de la patiente, qui a décidé ou pas de proposer le THM au début de la ménopause. »

Les premiers résultats, publiés en 2006 et 2007, ne semblent **pas retrouver de différence de risque de cancer du sein** entre les femmes traitées ou non par le THM « à la française ». Le temps moyen d'exposition au THM avoisine les 9 ans, voire plus de 10 ans pour le tiers de l'effectif exposé au THM.

1.3.9. L'étude ESTHER²⁸

C'est une étude cas-témoin française. De 1999 à 2004, 253 cas de phlébites survenues chez des femmes âgées de 45 à 70 ans sont comparés à 598 contrôles.

Les auteurs constatent une légère **augmentation du risque de phlébite avec les œstrogènes par voie orale**, comme dans l'étude WHI. Mais elle permet surtout de démontrer que **ce risque n'existe plus avec les œstrogènes par voie cutanée**, même chez les femmes à risques. Rappelons que ce type d'étude comporte des biais qu'il faut prendre en considération.

1.3.10. Une étude publiée dans le NEMJ en février 2009

En février 2009, une nouvelle publication²⁹ portant sur le risque de cancer du sein après l'arrêt du bras oestroprogestatif de l'étude WHI conclut à une diminution du nombre de cancers observés chez les femmes ayant arrêté leur THM.

Mais, H Rozenbaum³⁰ émet quelques réserves suite à cette publication étant donné :

- la diminution du pourcentage de femmes ayant subi une mammographie, de l'ordre de 10 à 14 % selon les chiffres publiés
- diminution concomitante du nombre de cancers du sein sous placebo
- des résultats à la limite de la significativité.

En 2003, en réaction à ces publications, plusieurs agences du médicament, en particulier les agences française (HAS³¹), européenne et britannique conseillent de restreindre l'emploi du THM au traitement symptomatique des troubles du climatère, et, à titre préventif, seulement dans certaines situations particulières de prévention de l'ostéoporose chez des femmes à risque fracturaire élevé¹.

1.4. Conclusion d'étape

Quoiqu'il en soit, ces études ont considérablement remis en cause des dogmes admis depuis longtemps. Pourtant, ce résumé nous permet de constater la fragilité des résultats et la complexité de leur analyse. En effet, la validité interne de plusieurs études est remise en question étant donné la présence de nombreux biais; la validité externe est difficile à évaluer devant le peu d'essais contrôlés randomisés effectués. Par ailleurs, les résultats des études américaines sont difficilement extrapolables à la situation française. Ainsi, la balance bénéfice/risque des THM utilisés en France reste mal connue. Pourtant, une médiatisation importante a été faite dans la presse grand public sans pour autant évoquer la fragilité de ses sources. Nous ne pouvons que rester que perplexe devant un tel « emballement médiatique » : information ou désinformation?

Le THM est donc le reflet d'une histoire mouvementée, pleine de rebondissement. Les “vérités médicales” sont en perpétuelles évolution, souvent fragiles. Aujourd'hui encore, près de dix ans après la publication des premiers résultats de la méta-analyse dans le Lancet 1997, les inconvénients du THM en France sont sujets à débat. Cela ne facilite donc pas l'information des médecins et encore moins celle des patientes.

Il nous semble donc intéressant d'évaluer, au milieu de cette polémique, le vécu et les connaissances par les patientes de ce traitement.

ⁱ Voir annexe

2. MATERIEL ET METHODE

2.1.Type d'étude

Notre travail vise à étudier la manière dont les femmes ménopausées se représentent la ménopause et le THM, ainsi que leurs modes d'information à ce sujet. Il se fonde sur une étude qualitative, descriptive, basée sur la réalisation puis l'analyse d'entretiens semi-dirigés, conduits auprès de 13 femmes ménopausées de la région lyonnaise.

Nous nous sommes appuyée sur l'expérience du Docteur Isabelle Brabant³² et celle du Docteur Monloubou³³ ainsi que sur quelques ouvrages de méthodologie^{34, 35}.

2.1.1. Une étude qualitative

Les techniques de recherche qualitative peuvent contribuer de manière significative aux études qui cherchent à examiner l'expérience et l'organisation des soins primaires. Elles sont largement utilisées pour comprendre les processus et les relations en soins primaires.

Nous avons le choix parmi trois grands types de méthode qualitative : l'entretien par questionnaire, l'entretien semi-dirigé, et la méthode du focus-group (groupe de discussion).

La méthode par questionnaire a été d'emblée écartée.³⁵ En effet, le questionnaire provoque une réponse, l'entretien fait construire un discours. L'opinion produite par questionnaire implique une réaction des individus *“à un objet qui est donné du dehors, achevé”*. Par ailleurs, lorsque le sujet répond à un sondage, rien n'est dit du contexte dans lequel les réponses sont formulées, ni des critères de jugement qu'ils sous-tendent. D'où la faible stabilité des opinions. Cette méthode présente certes l'avantage de pouvoir recueillir et analyser de nombreuses données. Mais elle reste cependant insatisfaisante pour analyser des processus de pensées (vécu et représentations) et ne permet pas de produire – ni ensuite d'analyser rétrospectivement – un discours, car la spécificité de l'entretien est justement de produire un discours. Ainsi pour étudier les représentations des femmes ménopausées, il semble donc logique de préférer la réalisation d'entretiens.

Quant au focus-group, il présente surtout l'avantage de permettre un recueil plus rapide d'une plus grande quantité de données que les entretiens. Toutefois, dans la perspective qualitative, la quantité n'est pas le critère principal de validité des résultats.

2.1.2. L'entretien semi-dirigé

« Quand on pose une question, on n'obtient qu'une réponse. »³⁵

Comme l'explique E. Blanchet et A. Gotman³⁵, l'entretien revêt plusieurs caractéristiques :

- « *L'entretien est un fait de parole* ». L'entretien de recherche se caractérise (en opposition au questionnaire) par le fait que l'on s'abstienne de poser des questions prérédigées. Il est donc exploration. En effet, l'enquête est l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal. Ces faits concernent les systèmes de représentations (*pensées construites*) et les pratiques sociales (faits « *expérimentés* »). Cette méthode est particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères à partir desquels ils s'orientent et se déterminent.

L'entretien est donc l'outil de prédilection car il contient une possibilité permanente de déplacement du questionnement et permet un « *processus de vérification continu et de reformulation d'hypothèses* ». Nous pouvons au fur et à mesure que l'enquête progresse, nous intéresser à des questions nouvelles, voire déplacer le centre d'attention, sans pour autant mettre en danger la cohérence de l'enquête. Dans un entretien pour une étude qualitative, le but est de découvrir l'état d'esprit de l'interviewé; la tâche étant d'éviter d'imposer les structures et les suppositions de l'interviewer aussi longtemps que possible. Le chercheur doit rester ouvert à la possibilité que les concepts et les hypothèses qui émergent de l'entretien puissent être très différents de ceux qui avaient pu être prévus au départ³⁴.

- « *L'entretien est rencontre* ». S'entretenir avec quelqu'un est, davantage encore que questionner, une expérience, un événement singulier, que l'on peut maîtriser, coder. Comme pour toute rencontre, le déroulement ne peut en être fixé à l'avance. C'est ce qui va se jouer entre l'interviewer et l'interviewé (qualité d'écoute et de parole) qui décidera de ce qui se passera au cours de l'entretien.
- « *L'entretien est en quelque sorte une improvisation réglée* ». L'entretien est donc ajusté par la technique de l'entretien.
- « *L'entretien est un parcours* ». L'interviewer érige l'itinéraire au fur et à mesure de ses déplacements, en contradiction avec le chemin balisé des questionnaires. L'entretien

ne peut donc se réduire à une pure manipulation technique sans intégrer la notion d'interaction. La présence de cette interaction constitue l'originalité même de l'entretien.

Ainsi, l'enquête par entretien fait apparaître les processus et les « comment » (*« qu'est-ce qui pousse telle personne à faire cela ? »*) Elle révèle la logique d'une action et son principe de fonctionnement. L'analyse est donc plus fine que dans les méthodes quantitatives dans la mesure où elle permet non seulement de recueillir ce que pensent les personnes mais, aussi et surtout, comment et pourquoi elles pensent de cette façon.

2.1.3. Population et échantillon : de la diversité à la saturation

2.1.3.1. La définition de la population

La population étudiée est celle des femmes de la région lyonnaise.

2.1.3.2. Mode d'échantillonnage

« L'échantillonnage théorique »³⁶ est un type spécifique d'échantillonnage non probabiliste dans lequel l'objectif de développer une théorie ou une explication guide le processus d'échantillonnage et le recueil des données.

Une représentativité statistique n'est pas recherchée dans les études qualitatives et *« la recherche qualitative a d'habitude pour but de refléter la diversité au sein d'une population donnée ».*

Dans l'enquête par entretien, on bâtit le plus souvent un échantillon diversifié, qui repose sur la sélection de composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population. Il faut diversifier mais non disperser : à la fois contraster les individus et les situations et aussi obtenir des unités d'analyse suffisantes pour être significatives.³⁵

Pour obtenir cette diversité, nous avons choisi de recruter des femmes ménopausées, traitées ou non. Le recrutement s'est fait grâce à des médecins généralistes et des gynécologues libéraux.

2.1.3.3. Constitution de l'échantillon

Nous avons d'abord recruté, de façon aléatoire, des médecins pratiquant à Lyon. Pour cela, nous avons recherché leurs coordonnées sur les Pages Jaunes via Internet avec comme critères de recherche : *médecine générale/Lyon* et *gynécologue/Lyon*. Nous avons sélectionné le même nombre de médecins gynécologues et généralistes dans chaque arrondissement. Puis, nous avons écrit à ces médecins en leur expliquant le but de l'étude

ainsi que leur rôleⁱⁱ. Chaque médecin devait choisir 2 femmes ménopausées volontaires pour répondre à nos questions : l'une traitée et l'autre non. Une lettre explicative, destinée aux femmes choisies, était jointe à la lettreⁱⁱⁱ envoyée aux médecins afin de les aider à obtenir leur accord.

Nous avons donc écrit à 40 médecins généralistes et 40 gynécologues libéraux. 26 médecins ont répondu (24 par courrier et 2 par courriel électronique). Parmi eux :

- 8 médecins ont accepté
- 18 médecins ont refusé parmi lesquels :
 - 9 médecins n'ont pas donné d'explication
 - 2 ne font plus de médecine générale ou de gynécologie
 - 3 n'avaient pas le temps de s'en occuper
 - 1 n'était pas intéressé par le sujet
 - 2 ne pensaient pas pouvoir trouver des femmes volontaires
 - 1 souhaitait que nous recrutions plutôt par voie de presse.

Devant le manque de réponse, nous avons décidé de contacter par téléphone tous les médecins n'ayant pas répondu. Cela a été plus rentable. Quelques-uns, malgré des appels itératifs, n'ont pas été joignables. D'autres ont refusés: parmi ces refus, quelques-uns ont rétorqué ne pas avoir assez de temps, d'autres n'être pas intéressés et, enfin, certains n'ont pas argumenté leur choix. 11 médecins ont répondu positivement à notre demande.

Au total, 19 médecins se sont portés volontaires et devaient recruter 2 de leurs patientes. Finalement, 8 médecins sont allés au bout de leur mission et ont recruté 1 à 2 personnes. Nous avons donc pu incorporer 14 patientes dans notre échantillon. Une seule patiente a décliné secondairement notre offre en raison de manque de temps.

Au final, nous avons rencontré 13 femmes du 1 Février 2008 au 30 Juin 2008.

2.1.3.4. Les limites de l'échantillon

Les critères d'inclusion sont :

- Etre du sexe féminin
- Etre Ménopausée
- Avoir entre 40 et 75 ans
- Consulter un médecin généraliste ou un gynécologue exerçant à Lyon.

Les critères d'exclusion sont les personnes ne parlant pas correctement le français.

ⁱⁱ Voir Annexe 3

ⁱⁱⁱ Voir Annexe 4

2.1.3.5. La taille de l'échantillon et le concept de saturation

La taille de l'échantillon nécessaire à la réalisation d'une enquête par entretien est plus réduite que celle d'une enquête par questionnaire. En effet, les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires.³⁵

D'autre part, à partir d'un certain nombre d'entretiens, les informations recueillies apparaissent redondantes et semblent n'apporter plus rien de nouveau. Ce n'est qu'après avoir jugé ce point de « saturation » comme atteint, que l'on peut effectivement considérer la campagne d'entretiens close.

Dans notre étude, nous n'avons pas fixé d'objectif initial pour la taille de l'échantillon. Les rendez-vous ont été pris dans l'ordre établi par la communication des coordonnées des femmes par les médecins. Nous nous sommes réservée le droit d'arrêter les entretiens lors de l'arrivée à saturation. Mais finalement, nous avons mené les 13 entretiens et n'avons pas jugé nécessaire d'augmenter la taille de l'échantillon : les idées principales étant arrivées à saturation.

2.1.4. Réalisation des entretiens et recueil des données

Le pilotage d'un entretien s'effectue à la fois au coup par coup, car l'écoute entraîne un travail d'interprétation et de systématisation en temps réel, et par anticipation, car l'entretien s'effectue dans un système différé³³.

Nous allons donc étudier ce qui se prépare à l'avance : l'environnement, le cadre, le plan d'entretien, mais aussi les stratégies qui sont mises en œuvre au cours de l'entretien, élément déterminant du recueil des informations.

2.1.4.1. Les paramètres de la situation de l'entretien

Un discours dont on ignore le contexte est ininterprétable³⁵. Le contexte de l'interview affecte le contenu qu'il faut donc choisir de façon appropriée.

Nous avons contacté par téléphone toutes les femmes recrutées afin d'obtenir un rendez-vous pour l'entretien.

➔ Le lieu :

Nous avons choisi de rencontrer les femmes chez elles. En effet, ce lieu évite d'ajouter une contrainte supplémentaire aux femmes volontaires et permet de les observer dans leur environnement naturel. De plus, il semble préférable de ne pas les rencontrer dans le cabinet

de leur médecin afin de ne pas formaliser l'entretien et de ne pas recréer l'atmosphère d'une consultation médicale. En effet, le but est que l'interviewée ne se restreigne pas à une position de « patiente ».

Au total, nous avons rencontré 9 femmes à leur domicile. 4 femmes ont préféré un autre lieu de rencontre. Nous avons rejoint Francine et Khadija dans un café, Geneviève et Janine sur leur lieu de travail.

➔ Le temps :

Nous avons pris rendez-vous avec elles au moment qui leur semblait le plus. Nous les avons prévenues de la durée estimée de l'entretien, environ 30 minutes, pour qu'elles s'organisent en fonction de cela, afin de ne pas provoquer un stress supplémentaire à l'entretien lui-même.

Finalement les entretiens ont duré de 14 minutes à 73 minutes.

➔ Les acteurs :

Les femmes ont toutes été interrogées par nos soins.

2.1.4.2. Le cadre contractuel de la communication

*Il est indispensable de poser un cadre pour l'entretien et d'obtenir entre les différents acteurs un accord tant sur le fond que sur la forme.*³³

L'objectif de l'entretien a été présenté à l'interviewée, une première fois lors de la prise de contact téléphonique et, de nouveau, au début de l'entretien lui-même. Nos propos sont restés volontairement succincts et vagues pour ne pas diriger l'interviewée d'emblée vers notre propre idée sur le sujet.

L'entretien commence dès les salutations, au moment où nous arrivons chez l'interviewée. Avant la mise en route de l'enregistreur, un certain nombre d'informations a été précisé à chaque femme :

- nous nous sommes présentée comme étudiante en médecine. Nous avons préféré ne pas nous présenter comme médecin car cela risquait d'amener l'interviewée à adopter un comportement et un mode de réflexion en lien avec le statut de l'interviewer.
- Le travail est présenté comme un mémoire sur la façon dont les femmes vivent la ménopause et le THM afin d'éviter que les femmes aient l'impression « d'un contrôle de connaissance ».
- Nous avons demandé à l'interviewée son accord pour l'enregistrement. Nous avons utilisé un MP3 numérique de type *Philips Go Gear*.
- L'interviewée a été informée du respect de son anonymat et de l'absence de transmission de ses propos à son médecin.

L'enregistrement a débuté ensuite.

2.1.5. Présentation du guide d'entretien

2.1.5.1. Principes³⁵

La grille des questions est un guide très souple dans le cadre de l'entretien compréhensif. Une fois rédigée, il est rare que l'enquêteur ait à la lire ou à poser les questions les unes après les autres. Elle aide l'interviewer à élaborer des relances pertinentes sur les différents énoncés de l'interviewé, au moment même où ils sont abordés. Conformément aux recommandations de J.C. Kaufmann³⁷, ce guide n'a pas pour vocation de questionnaire. Les questions ne doivent pas être posées dans un ordre prédéfini, mais représentent les thèmes que les interviewés doivent aborder au cours de la rencontre. Cela implique aussi que, au fil du discours, d'autres questions, voir d'autres thématiques peuvent apparaître.

Le but est d'avoir un « *récit élargi* » autour de la ménopause, du THM et des modes d'information.

2.1.5.2. Notre guide d'entretien^{iv}

→ *Poser le cadre de l'entretien* : c'est ce que nous avons développé précédemment, en partant du cadre contractuel.

→ *La phase d'accroche*

Les premières questions ont une importance particulière car elles donnent le ton. Nous avons choisi de commencer par des questions simples et faciles afin de briser la glace. Cette série de questions concerne l'état civil de la personne. Mais nous nous sommes, par la suite, rapidement orientée vers des questions centrales afin de ne pas provoquer « *un style de réponse en surface* ».

→ *Guide thématique*

Le guide d'entretien est présenté dans l'annexe. Voici les principaux thèmes abordés :

- La ménopause : vécu, représentations
- Le THM : utilisation, représentations, connaissances et vécu des controverses
- L'information en matière de santé: sources, qualité, vécu
- Comment améliorer la prise en charge de la ménopause au sein de la consultation médicale

→ *Caractéristiques des questions et critères de pertinence des thèmes dans un entretien selon Patton*³⁶

D'après Patton, lors des entretiens, les questions doivent être :

^{iv} Voir Annexe 2

- Ouvertes : c'est-à-dire permettant l'élaboration par l'interviewé d'un discours.
- Neutres : l'interviewer ne doit pas influencer les réponses.
- Bienveillantes : l'interviewé ne doit pas se sentir jugé.
- Claires.

Les thèmes doivent être basés sur :

- L'expérience et les comportements
- L'opinion, les valeurs et les croyances
- Les émotions et sentiments

2.2.Méthode d'analyse du discours

2.2.1. Transcription

Différentes approches de l'enregistrement d'un entretien sont possibles. Nous avons opté pour une retranscription intégrale du matériau afin de faciliter le travail d'identification des catégories d'analyses.

Nous n'avons pas reformulé les propos des femmes ni cherché à corriger les fautes de langage. Pour éviter la perte d'informations, nous avons transcrit les propos « mot à mot » ajoutant, à la manière des didascalies utilisées au théâtre, de brèves notes pour signifier les moments de silence, de rire et d'interruption de l'entretien par un évènement.

Nous avons aussi choisi de modifier le nom de interviewées afin de préserver leur anonymat.

2.2.2. Données chiffrées

Nous avons extrait et calculé des données concernant les caractéristiques sociales et démographiques des femmes (âge, ancienneté de la ménopause...).

2.2.3. Analyse des éléments du discours

*L'« analyse du contenu » a pour principe d'analyser et de comparer les sens du discours pour mettre à jour les systèmes de représentation véhiculés. Elle doit rendre compte de la quasi-totalité du corpus, y être fidèle et autosuffisante (c'est-à-dire ne nécessitant pas le retour au corpus).*³⁵

Pour cela, nous avons choisi dans un premier temps de réaliser une analyse longitudinale entretien par entretien puis de la compléter par une analyse transversale.

2.2.3.1. Analyse entretien par entretien

Il s'agit de rendre compte, pour chaque entretien, de la logique du monde référentiel décrit par rapport aux hypothèses. Cette analyse repose alors sur la présomption que chaque singularité est porteuse du processus psychologique ou sociologique que l'on veut étudier. Elle permet de garder la cohérence interne de chaque entretien dans son contexte particulier.

2.2.3.2. Analyse thématique ou analyse transversale

Elle consiste à découper transversalement tout le corpus.³⁵ Elle défait en quelque sorte, la singularité des discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Elle est cohérente avec la mise en œuvre de modèles explicatifs des pratiques ou des représentations. Elle doit s'effectuer à partir d'une grille thématique basée sur le guide d'entretien. L'analyse thématique de tous les entretiens, les uns après les autres, a donc permis de faire émerger une série de sous-thèmes, et des occurrences lexicales liées aux représentations des femmes ménopausées.

Elle est donc complémentaire à l'analyse entretien par entretien.

2.2.3.3. Production des résultats

Dans une étude qualitative, les résultats sont le produit de l'analyse du discours. Il s'agira de rendre compte de l'analyse thématique réalisée et de mettre en perspective ces résultats pour dégager les liens possibles entre les représentations, les ressentis et les vécus du THM et de la ménopause.

Nous avons choisi de ne pas dissocier l'analyse des résultats.

2.3. Méthodologie de la recherche bibliographique

Les mots-clés utilisés appartenant au répertoire RAMEAU sont les suivants :

- Recherche qualitative
- Ménopause ,Hormonothérapie – complication, polémique
- Attitude, représentations sociales, savoir et éducation
- Médias.

Nous avons utilisé ces mots-clés sous diverses combinaisons en utilisant les moteurs suivants : Pubmed, Google, Cismef, Francis, Sudoc, Cairn, Revues.org...

Nous avons aussi pu prendre contact, via le courriel, avec Madame V. Vinel, sociologue, qui nous a envoyé ses travaux ainsi que des références bibliographiques intéressantes.

3. RESULTATS

Le corpus des entretiens est situé dans l'annexe.

3.1.Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons donc rencontré 13 femmes ménopausées. Ci-dessous sont présentées les principales caractéristiques de cet échantillon :

- Age : entre 54 et 75 ans, avec une moyenne de 60,8 ans
 - Situation familiale : 8 femmes mariées, 2 divorcées, 2 veuves, 1 célibataire
 - Nombre d'enfants : entre 0 à 6 enfants, avec une moyenne de 2,1 enfants
 - Activité : 5 femmes sont à la retraite, 5 travaillent et 3 sont sans profession
 - Age de la ménopause : entre 42 à 54 ans, avec une moyenne de 49,8 ans
 - Suivi gynécologique actuel : 7 par un gynécologue, 6 par un médecin généraliste
 - Prise de THM : 7 femmes n'ont jamais pris de THM
- 4 femmes ont été traitées pendant 1 à 8 ans (durée moyenne = 4 ans)
- 2 femmes sont toujours traitées (une depuis 12 ans et une depuis 2 ans)

	âge	profession	Situation maritale	Nb enfants	Suivi Par	Age début ménopause	THM
Annick	60	Infirmière retraîtée	mariée	0	MG	48	oui
Brigitte	63	Commerciale retraîtée	mariée	1	MG	50	non
Colette	57		mariée	3	gynéco	51	non
Danièle	65		mariée	2	MG	42	arrêté
Eliane	59	professeur	célibat	0	gynéco	54	non
Francine	55	laborantine	mariée	1	gynéco	53	non
Geneviève	54	assistante de direction	mariée	3	gynéco	51	oui
Henriette	59	auxiliaire médicale	divorcée	6	MG	54	arrêté

		retraîtée					
Irène	58	auxiliaire puér.	veuve	1	MG	48	non
Janine	54	serveuse	veuve	2	gynéco	45	arrêté
Khadija	60	Secrétaire retraîtée	mariée	3	gynéco	49	arrêté
Léonie	75		mariée	3	MG	54	non
Mariette	72	Institutrice retraîtée	divorcée	2	gynéco	48	non

Tableau 7: Caractéristiques de la population étudiée

3.2. Résultats par entretien

3.2.1. Entretien avec Annick

Annick a accepté la proposition faite par son médecin de nous rencontrer. Je l'ai donc appelée et ai convenu d'un rendez-vous à son domicile. Annick m'accueille très chaleureusement et est heureuse de me recevoir. Elle est maquillée, semble être coquette et soigner son apparence. Son mari, qui n'arrive que secondairement, nous salue et retourne dans le jardin pour nous laisser discuter tranquillement. Annick a 60 ans et elle est une ancienne infirmière de bloc. Elle n'a pas d'enfant. Son suivi gynécologique actuel se fait par un médecin généraliste. Elle a subi en 1994 une hystérectomie avec conservation des ovaires et est traitée par THM (œstrogènes seuls) depuis 1996.

Annick semble passionnée par le sujet de la santé. Elle explique cet intérêt par son ancien métier ainsi que par son entourage amical (médecins, pharmaciens). Elle semble curieuse et avide de connaissances, profitant justement de notre présence pour avoir un avis médical et scientifique au sujet du THM.

«Annick : La preuve, je vous attendais pour vous poser des questions ».

Durant l'entretien, elle cherche d'ailleurs à avoir une approbation plus ou moins tacite de ses propos. Annick parle de la ménopause assez facilement et ne semble pas être gênée par ce sujet. Elle n'entre pas pour autant dans des détails très intimes. Elle considère la ménopause comme une autre étape de la vie avec, semble-t-il, un changement important opéré. Le thème de la vieillesse domine l'entretien.

« JG : Pour vous, que signifie la ménopause ? »

Annick : Eh ben, je trouve que c'est un changement complet, on va

vers la vieillesse, on passe un cap »

Vieillessement qui se révèle notamment par le regard de l'autre ou plutôt par la perception du regard de l'autre. La modification de l'apparence physique est un de ses sujets de préoccupation. Annick dénonce, dans notre société, une inégalité des représentations entre le vieillissement de la femme et celui de l'homme. Elle parle d'une atteinte à la féminité, qui semble avoir un poids important dans ses relations sociales. Atteinte à la féminité qu'il faut donc combattre. Elle dit, à ce propos, une phrase très intéressante et qui est lourde de sens :

« Annick : Moi je suis pour faire le possible pour améliorer la femme. »

Ceci fait suggérer, dans ce contexte, que la ménopause est vécue comme une dégradation pour la femme ou plutôt comme un état insatisfaisant, imparfait qui ne devrait exister. Cette phrase implique aussi une idée positive, pleine d'espoir : la possibilité « d'améliorer » les choses. D'où l'attachement d'Annick pour le THM.

« Annick : Le THM peut aider à conserver une apparence de jeunesse. »

Le THM prend alors une valeur symbolique, permettant au « capital jeunesse » de perdurer ou, tout du moins, de faire illusion.

Annick s'est beaucoup renseignée sur le THM. Elle écoute la radio, lit les journaux. Mais elle développe surtout ses connaissances grâce à Internet où elle cherche des sites médicaux. Elle pense avoir une lecture pertinente étant donné sa formation d'infirmière. Cependant, elle attache de l'importance à l'information donnée par son médecin et lui fait confirmer la véracité de ses lectures. Elle dénonce l'impact des médias sur les personnes qui n'ont pas de culture médicale et qui ne peuvent donc pas avoir un regard critique sur les informations fournies.

« Annick : Oui mais j'ai constaté que, sur Internet, il y a des choses erronées qui passent encore aujourd'hui et je trouve ça très gênant. Je trouve qu'on annonce aux femmes la « bérézina », que, si elles prennent ce traitement, elles auront toutes un cancer du sein. Et ça, ce n'est pas normal que des personnes qui, en plus, ne sont pas médecins, se permettent de divulguer des fausses informations. Car moi j'en conclus qu'un THM apporte beaucoup de choses aux femmes sauf proscription bien sûr. Par exemple, je comprends que les femmes qui ont un cancer du sein n'en prennent pas. [...] »

JG : Vous pensez arriver à faire le discernement entre les informations erronées et les autres ?

Annick : Je le fais là parce que c'est un peu mon domaine. Mais

j'imagine qu'il y a d'autres domaines où je vais gober des choses qui sont erronées. Je trouve que les médias sont, en règle générale, de très mauvais conseil. Ils divulguent des choses, ils ont un pouvoir éhonté en médecine ou autre d'ailleurs, c'est lamentable. Ils retournent les gens...

JG : Et Internet?

Annick : Pour l'information c'est intéressant mais il faut savoir faire la part des choses. Ça peut être très dangereux. »

Annick affectionne particulièrement le THM. Ce traitement, instauré par son gynécologue en 1996, semble être une suite logique et naturelle à la prise de pilule.

« Annick : Eh bien, vous savez, je connaissais déjà tout ça puisque je suis de la génération pilule. Alors quand mon gynéco m'en a parlé, j'ai accepté. A l'époque on parlait beaucoup de ces traitements. »

Elle raconte les bénéfices du traitement :

« Annick : Certaines de mes amies n'ont jamais voulu du THM et moi je leur dis le bénéfice que j'en ai retiré. En fait j'en ai tiré de ne pas avoir changé, d'être bien dans mon corps. D'ailleurs le fait d'avoir diminué la posologie, j'ai eu la peau très sèche. J'évite les bouffées de chaleur, je suis très très bien. Alors, bien sûr, je ne leur dis pas que ça ne donne pas de cancer du sein.

JG : Que signifie ce THM ?

Annick : Du bien-être et puis moi qui ai des problèmes d'arthrose, je me dis que je préserve mon capital osseux. En plus bien sûr de l'alimentation, de la marche... Et j'additionne le traitement en prenant du calcium. »

Elle connaît bien la polémique au sujet du THM. Mais elle est rassurée de prendre des œstrogènes seuls. La dose d'œstrogène a quand même été diminuée suite à la controverse mais elle souhaite continuer le traitement le plus longtemps possible. Elle reconnaît qu'elle aurait probablement cédé à la panique si elle avait pris la combinaison contenant des progestatifs.

« Annick : Alors j'avais compris que c'était l'addition des œstrogènes et des progestatifs qui posait un problème mais pas les œstrogènes seuls, je ne voyais donc pas pourquoi j'aurais dû arrêter. Alors bien sûr je me suis inquiétée au départ mais j'ai bien écouté ce qui se disait et j'ai compris que je n'étais pas concernée. Ça m'a quand même

poussée à consulter un gynéco que je ne voyais plus. J'en ai donc discuté avec lui et on s'est mis d'accord pour diminuer le traitement. D'ailleurs j'ai une amie qui justement prenait les 2 et elle a eu un cancer du sein. Si j'avais pris la combinaison des 2, j'aurais arrêté. »

3.2.2. Entretien avec Brigitte

Brigitte a 63 ans. Elle est mariée et a un enfant. Elle était commerciale avant d'être retraitée. Elle a subi, il y a quelques années, une double mammectomie sur un cancer du sein et la prise de THM est donc contre-indiquée. Brigitte est ménopausée depuis 13 ans. Elle était suivie par un gynécologue mais, depuis peu, c'est un médecin généraliste qui a pris le relais. Brigitte nous reçoit dans son appartement.

L'apparence de Brigitte est à la fois simple et soignée. Dans nos premiers contacts et nos premières paroles, une gêne se fait sentir et nous comprenons, à la fin de l'entretien, le motif :

« Brigitte : Je parle de ça mais vous êtes très jeune, ça me gêne un peu de vous en parler mais je vous considère comme un médecin. »

Pourtant, Brigitte s'est livrée avec beaucoup d'humilité et de franchise lors de cet entretien qui fut très riche.

La ménopause est associée à des sentiments ambivalents :

- ➔ elle est d'abord vécue comme un confort suite à l'arrêt des règles. Brigitte étant sous anticoagulant, les règles étaient très abondantes et angoissantes. Elle avait hâte d'être ménopausée.
- ➔ Mais l'apparition d'autres troubles l'ont rendue plus difficile à vivre. Brigitte parle notamment des modifications corporelles : la prise de poids, la sécheresse vaginale... Ces symptômes la préoccupent beaucoup. En effet, pour Brigitte, la ménopause s'accompagne d'un vieillissement cutané, d'une prise de poids et d'une sécheresse vaginale qui peuvent remettre en question le pouvoir de séduction et le sentiment de féminité. Brigitte décrit aussi l'existence de troubles de la sexualité à cette étape de la vie.

« Brigitte : Mais on ne peut pas dire que je l'ai mal vécue. Par contre, il y a aussi des problèmes de poids. Alors, je vais vous dire, c'est presque ça qui m'a le plus dérangée. [...] Mais on a une période où, tout d'un coup, on se met à gonfler de partout, on est un peu bouffie... on est obligée de changer sa garde robe... c'est pas agréable quoi. Le

corps change et automatiquement, on se trouve moins belle. [...] Non, moi ce que je dirais, ça n'a peut-être rien à voir avec la ménopause mais c'est peut-être une conséquence. C'est que la sexualité devient moins riche. Voilà, je sais pas, c'est sûrement les conséquences de la ménopause. Ce qui est un peu dommage, c'est que... on sait pas bien comment faire et puis, en tant que femme, c'est difficile... on essaie d'en parler et puis.... voilà. C'est délicat comme sujet. »

Brigitte décrit aussi la ménopause comme un phénomène tabou. En effet, elle décrit l'absence de dialogue mère-fille à ce sujet, la difficulté d'aborder ce sujet-là avec ses amies, son mari mais aussi avec son médecin. Elle n'ose pas aborder elle-même le sujet en consultation, notamment pour ce qui concerne la sécheresse vaginale.

« Brigitte : C'est pas ça, c'est plutôt qu'on n'est pas assez préparé, c'est plus intime... c'est plus pour parler de la sécheresse vaginale par exemple. Et ben ça, on le voit pas tout de suite, on s'en rend pas compte.

JG : C'est-à-dire que vous ne le saviez pas ou... ?

Brigitte : Non, je le savais mais je ne m'en rendais pas vraiment compte. Je l'ai pas pris très au sérieux. Et puis après, à partir du moment où je me suis sentie concernée, je n'osais pas en parler. Alors, on n'ose pas en parler à son conjoint d'abord, parce que... bon... c'est pas évident, et puis dans mon cas, mon couple avait vécu... avec justement pas mal de problèmes. Pour moi, ça a été difficile. Jusqu'au moment où le Dr F. m'a proposé de venir faire le frottis. Moi, j'ai trouvé que c'était très bien de sa part. J'ai dit oui, et là on a en parlé. Tandis que mon gynécologue qui était un monsieur. [Silence] Et puis pour lui... il ne me parlait pas du tout de ce problème... alors, il me regardait, il me demandait... il regardait plein de choses. Je ne dis pas qu'il ne me suivait pas, c'est pas ça. Mais on n'abordait absolument pas ce problème. Alors après, j'ai apprécié quand le Dr F. m'a dit : "où est-ce que vous en êtes dans votre sexualité? Ne souffrez-vous pas de sécheresse vaginale". Et j'ai dit : " ben ci". Alors elle me dit "vous savez, il existe des médicaments". Alors je lui ai dit; "non". Probablement parce que je ne voulais pas le savoir, parce que si j'avais voulu me renseigner... Alors elle m'a dit qu'on pouvait traiter avec des ovules. Et puis l'idée a fait son chemin, je me suis dit : " ben

oui, pourquoi ne pas voir ce qui se fait...des gels lubrifiants, il y a plein de possibilités". Mais vous savez, c'est pas évident. Vous, vous êtes d'une autre génération. Moi, je suis entre deux générations. Avec ma mère, on n'en parlait pas : c'était tabou. Même maintenant, quand je parle de certaines choses avec ma mère, elle est contente parce que c'est des choses qu'elle ne connaît pas à 91 ans. Et puis, je n'ai pas eu de fille. Et puis c'est pas le problème des hommes non plus, ils en ont d'autres. Nous, on a la ménopause; eux, ils ont l'andropause : c'est pareil. »

Brigitte a souffert de ce manque de préparation et de dialogue. Elle pense que le médecin devrait aborder le sujet lui même pour expliquer et rassurer les patientes.

« Brigitte : Le gynécologue devrait en parler. A 40 ans, on arrête la pilule et on met un stérilet puis après on devrait aborder le sujet. J'aurais aimé qu'on me rassure. Qu'on me dise : bon, c'est ça la ménopause, c'est pas grave, y a des moyens pour y remédier, et puis c'est un état, c'est pas une maladie. C'est comme quand on est ado et qu'on va avoir ses règles. C'est pas la fin de la vie. C'est être rassurée. Votre sexualité pourra continuer, on a des moyens de confort. »

Brigitte attire notre attention sur des idées reçues véhiculées par la société. En effet, selon elle, le portrait d'une femme ménopausée est peint comme celui d'une vieille dame qui perd sa féminité et son rôle de femme dans la société. Cette conception entraîne donc une perte de confiance en soi lors de la ménopause.

« Brigitte : Oui, la société a un regard dur, vous savez, je pense en général pour les femmes qui vieillissent.

JG : Est-ce que cela a influencé votre vécu de la ménopause?

Brigitte : Maintenant, c'est quand même mieux perçu qu'avant. Maintenant on a plein de choses : si vous allez en parapharmacie, vous avez plein de choses, même trop... pour les ventres plats... la peau qui vieillit. Bon, moi je n'ai jamais rien pris. [...] Mais c'est vrai qu'une femme ménopausée, c'est quand même une vieille femme. Même si plus ça va, plus les femmes s'entretiennent bien. Mais je pense aussi que c'est une idée reçue, c'est aussi ce qu'on veut bien individuellement en dégager. Je crois qu'il ne faut pas faire de complexe, culpabiliser, se dire que je ne suis bonne à rien.

JG : Vous voulez dire qu'on se met une barrière toute seule ?

Brigitte : Voilà mais je crois qu'on n'ose pas. Parce que notre corps a changé. Mais je ne crois pas que ce soit une barrière. On se dit pas : je suis ménopausée, c'est fini. C'est pas vrai, c'est là où on se trompe, c'est là où on ne sait pas.

JG : Vous dites ça avec, finalement, la maturité et le recul? Vous aviez cette idée reçue là avant ?

Brigitte : Oui, je me dis maintenant qu'on peut encore plaire et qu'on peut encore vivre. Comme certains retraités arrivent encore à former des couples avec de la sexualité. On peut vivre sa féminité avec les moyens qui nous sont proposés mais faut les chercher, les moyens. Peut-être qu'on n'est pas assez préparée ni informée. Peut-être que les médecins n'en parlent pas suffisamment. Moi j'allais chez un gynéco pour qui c'est son boulot et qui ne m'en a jamais parlé. Il a fallu que ce soit Dr F. qui m'en parle, qui m'a dit : il existe des moyens et ce n'est pas que vous avez tel âge que c'est fini. »

Brigitte ne connaît le THM qu'à travers ses amies qui semblent être contentes du confort apporté. Elle a entendu parler de la polémique. Elle s'interroge sur le bien-fondé de ce médicament c'est à dire sur les réelles connaissances scientifiques à ce sujet ainsi que les risques de ce genre de traitement. Elle pense qu'elle n'aurait pas pris ce traitement même si elle n'avait pas eu de contre-indication.

« Brigitte : Les généralistes disent qu'il faut pas le prendre plus de 10 ans. Est-ce que c'est vrai ou non? Est-ce qu'on ne sait pas bien? Est-ce que c'est des idées reçues? Est-ce que ça été bien étudié? Est-ce que ça donne vraiment des cancers? Peut-être que, vouloir du confort à tout prix, ça ne va pas nous retomber dessus? Le message est quand même passé et toutes mes amies ont fini par l'arrêter. »

Elle puise ses connaissances médicales chez le médecin et beaucoup sur Internet (site Doctissimo). Elle lit aussi des magazines (“Notre temps”).

3.2.3. Entretien avec Colette :

Colette a 57 ans, elle est mariée et a 3 garçons. Elle est femme au foyer et ménopausée depuis 6 ans. Elle n'a jamais pris le THM. Colette est suivie par un gynécologue. Nous sommes reçue à son domicile. Elle s'excuse dès notre arrivée, en disant qu'elle ne pourra peut-être pas nous apporter grand chose.

Colette a pris un certain recul par rapport à la ménopause et semble être sans affect par

rapport à celle-ci. Elle n'associe pas la vieillesse à la ménopause.

« JG : Pour vous, que représente la ménopause ?

Colette : Rien, à part l'arrêt des règles avec quelques désagréments : bouffées de chaleur la nuit. Mais franchement, je ne fais pas partie des personnes qui ont été enquinées par ça. »

Elle ne vit pas la ménopause comme une nouvelle étape mais plutôt comme un continuum ou comme une suite logique de la vie.

« Colette : Ça fait partie des choses comme tout : on est réglée puis on a des enfants puis on est ménopausée... Ça fait partie du quotidien, c'est la vie. »

Elle a quelques connaissances sur le THM. Lorsque nous lui demandons les intérêts du traitement, elle nous répond : *“la peau, la ligne et la sècheresse vaginale.”* En fait, Colette a surtout entendu parler des débats concernant le THM en 2002 puisque sa ménopause a débuté à cette époque-là. Colette n'a pas pris de traitement car elle n'en avait pas besoin (très peu de bouffées de chaleur) mais aussi parce qu'elle avait un avis défavorable à l'encontre du THM. En effet, elle a entendu parler des risques de cancer du sein, d'autant que sa mère et sa sœur ont été atteintes par cette maladie.

« Colette : Non, j'étais contre d'emblée parce que c'est arrivé au moment où il y a eu toute cette histoire. C'est arrivé à ce moment-là, mais ce n'est pas pour ça que je ne l'ai pas pris. J'étais déjà contre avant. Parce que ma mère avait eu un cancer du sein et, en plus, j'ai du cholestérol. Donc je m'étais dis que je n'en prendrai pas. [...] J'en ai parlé à mon gynéco qui m'avait dit : «oui, mais il y a plusieurs traitements, et en France il n'est pas... on manque de recul en fait. C'est des analyses qui ont été faites au Etats-Unis, et en France on n'a pas le même traitement... » Mais je pense que si j'avais été concernée et que j'avais voulu le prendre, et ben du coup : je ne l'aurais pas pris. Ou je l'aurais arrêté. »

Ses sources informations sur la ménopause et le THM sont la télévision, les magazines (*Elle*) et un peu ses sœurs. Elle n'utilise que rarement Internet.

Elle se sent bien informée sur la ménopause ou tout du moins, elle détient les informations souhaitées et se pose peu de questions.

3.2.4. Entretien avec Danièle :

Danièle a 65 ans. Elle est mariée et a 2 enfants. Elle était femme au foyer. Elle a été ménopausée peu après une hystérectomie sur fibrome avec conservation d'un seul ovaire à l'âge de 42 ans. Elle a pris le THM pendant 8 ans. Sur le plan gynécologique, elle est suivie par son médecin traitant.

Le vécu de Danièle est particulier puisqu'elle associe la ménopause à l'hystérectomie qu'elle a subie. Les représentations de la ménopause et des suites opératoires sont donc un peu confondues.

Danièle décrit, en premier lieu, un sentiment de soulagement à cette période-là. Les règles, trop abondantes, étaient devenues une source d'angoisse.

« Danièle : Après je n'ai plus rien eu : cela m'a libérée. Vraiment.

JG : Ah bon ?

Danièle : Oui, les dernières années, c'était épouvantable. Plus le temps passait, plus je perdais mon sang, alors que cela aurait dû être l'inverse. [...] Je n'ai jamais été aussi bien qu'après. »

Danièle se plaint, elle aussi, des conséquences physiques de la ménopause : les bouffées de chaleur et surtout la sécheresse vaginale. La ménopause est *“un état où on n'est pas bien”*. La persistance des symptômes l'a poussée à consulter un médecin pour y remédier. Elle a attendu quelques mois avant de désirer le traitement car le THM était associé, dans son esprit, au risque de cancer. Ou, pour être plus précis, c'est la notion d'hormone qui semble véhiculer une connotation négative.

« Danièle : Parce que c'est un traitement hormonal quand même. On ne sait jamais ce que cela peut produire. Et puis, on entend dire des tas de choses, que ça peut donner des cancers. Ça peut déclencher ceci, cela. Je n'avais pas trop envie.

JG : Le traitement était associé à quel sentiment ? De peur ?

Danièle : Non, pas de peur. Mais simplement à force d'entendre le « qu'en dira-t-on », on est un peu réticent au début. Mais, vous savez, quand vous souffrez depuis plus d'un an de bouffées de chaleur... »

Le THM a finalement procuré à Danièle un confort ou *“un bien-être”*. Après 6 ans de traitement, en 2003, une première tentative d'arrêt s'est soldée par un échec devant la reprise des bouffées de chaleur. Deux ans plus tard, elle s'est finalement décidée à le stopper suite au conseil du médecin et surtout de ses amies. Cet arrêt a été motivé par les risques de cancer du sein principalement, soulevés lors de la polémique. Elle s'est donc tournée vers d'autres traitements.

« Danièle : A ce moment là, je ne pensais plus aux effets secondaires. Ah si.... Enfin, moi j'y pensais pas mais j'ai une amie qui prenait un traitement et elle m'a dit : “vous savez moi, mon médecin m'a fait arrêté le patch parce que quand même il y a des risques de ...”. Vous savez c'était une période où on recommençait à parler du risque de provocation de cancer du sein, entre autres avec le traitement. Ce serait quand même bête. Et puis elle avait un petit quelque chose au sein donc elle l'a arrêté. Alors je me suis dit pourquoi pas moi et c'est de là que j'ai commencé à ralentir. Mais quand j'ai arrêté, les bouffées de chaleur ont repris. [...] C'est mon docteur qui m'en avait parlé. Il m'avait dit : « je vous le supprimerais bien parce qu'il y a quand même ce risque ».

Danièle a donc été touchée par la polémique engendrée par l'étude WHI. Cela n'a pas été directement lié à l'impact des médias mais plutôt suite aux discussions avec son entourage. Les sources d'information sont son médecin, ses 4 belles-sœurs, sa voisine et les journaux (“*Pleine vie*”, “*Que choisir*”). Il est intéressant de noter que son entourage semble tenir une place, en termes d'information, aussi importante que son médecin. En effet, l'événement déclenchant pour l'arrêt du traitement a été les propos de sa voisine alors que son médecin lui en avait déjà parlé auparavant.

« JG : Quelles discussions ont été les plus importantes ?

Danièle : Autant le médecin que mon entourage. »

Mais elle n'hésite pas à se tourner vers son médecin si elle a des interrogations.

3.2.5. Entretien avec Eliane

Eliane a 59 ans, elle est célibataire sans enfant. Elle est professeur. Elle est ménopausée depuis 5 ans et n'est pas traitée. Elle est suivie par un gynécologue. Eliane nous reçoit chez elle, très chaleureusement et semble heureuse de parler d'elle avec franchise et surtout sans tabou. Elle n'hésite pas à parler de son intimité. Elle parle fort, avec conviction et n'est pas hésitante sur ses propos.

L'arrêt de la fertilité est immédiatement évoqué lorsque nous abordons le sujet de la ménopause. Eliane en souffre. Il est symbolisé par l'arrêt des règles. “*L'irréversibilité*”, vocabulaire fort employé par Eliane, évoque l'impossibilité de retour en arrière et donc d'éventuels regrets. Un deuil, à faire sur tout ce qui n'a pu être fait auparavant, est donc nécessaire. Mais ceci n'est pas décrit comme un changement complet et brutal lors de l'arrivée de la ménopause mais plutôt comme un changement progressif voire un continuum. En effet,

l'âge de 40 ans symbolise fortement, dans notre société, l'arrêt de la fertilité. La ménopause arrive donc comme une suite logique.

« JG : Pour vous, quel sentiment y a-t-il autour de l'arrivée de cette ménopause ?

Eliane : L'irréversibilité de la fertilité. [...] Et c'est vrai que c'est autour de 40 ans avec cette histoire de la fertilité, à savoir que je n'aurai pas d'enfant qui a été douloureuse. Et puis après, ben ma foi, j'en ai pris mon parti. »

On retrouve, une nouvelle fois, l'ambivalence des sentiments autour de la ménopause. C'est un confort suite à l'arrêt des règles d'autant qu'il y a eu une périménopause épuisante. Mais c'est aussi une souffrance qui correspond, entre autres, à l'arrivée de symptômes secondaires. Il y a l'ostéopénie pour laquelle elle prend une supplémentation vitamino-calcique et la sécheresse vaginale. Mais Eliane insiste surtout sur le vieillissement cutané. Elle supporte mal le reflet de ce vieillissement que lui renvoie autrui. Elle se rappelle d'ailleurs une phrase d'un de ses élèves :

« Eliane : Je dirais que le regard de la société, c'est surtout par rapport aux rides. Je peux vous dire un truc par exemple, très simple: une fois dans la classe, j'ai entendu une élève me dire : « ah ben tiens, vous devriez mettre des crèmes antirides ». Alors qu'évidemment, j'utilise un pactole de trucs. D'ailleurs, j'envisage de me faire des petites injections et si d'ailleurs vous aviez quelques adresses...

JG : euh, non [...]

Eliane : C'est vrai que j'ai un budget dermato important. J'utilise des produits qu'on ne trouve qu'à Paris, New York ou Moscou. Ce sont des sérums purs qu'on met sur la peau et des crèmes également. »

Eliane souhaite à tout prix contrer cette évolution pour garder “une certaine jeunesse”. Elle s'est mise au sport, surveille son alimentation... Elle attache beaucoup d'importance à son apparence physique car elle considère que le corps est sa seule propriété.

Elle n'est pas traitée par le THM. D'ailleurs, elle n'a pas beaucoup entendu parler de ce traitement ni de la polémique de 2002. Elle sait que le THM diminue les bouffées de chaleur et protège contre l'ostéopénie. Elle considère ce traitement comme “un palliatif”.

« JG : Quel sentiment avez-vous par rapport au THM ?

Eliane : Moi, je le considère comme un palliatif pour les personnes qui ont des symptômes de la ménopause. Comme moi je n'ai pas ces symptômes sauf l'ostéopénie. Mais je prends Idéos, je marche, je fais

attention à mon alimentation. Avant, il y a un an, je ne faisais pas tout ça. [...]

JG : Avez-vous entendu parler de la polémique qui a eu lieu il y a quelques années?

Eliane : Vaguement... Justement qu'il pouvait y avoir des conséquences négatives. Alors moi, j'étais très contente... euh peut-être je me suis demandée si il n'y avait pas eu des décès liés à des cancers, non? »

Ses sources d'information sont le médecin, ses amies, quelques magazines (“*Magazine santé*”) et les documents de la bibliothèque. Elle ne consulte pas Internet dans ce contexte-là. De plus, la ménopause était un sujet tabou au sein de sa famille.

« JG : Votre mère?

Eliane : Une fois, un peu. Mais c'était plutôt tabou dans la famille. Il n'y a pratiquement pas eu de dialogue avec ma mère. Une fois, elle m'en a parlé alors que moi, je ne lui en parlais jamais. Les copines m'ont parlé des bouffées de chaleurs. »

3.2.6. Entretien avec Francine :

Francine a 55 ans, elle travaille dans un laboratoire d'analyses médicales. Elle est mariée et a 1 enfant. Elle est ménopausée depuis 2006 sans traitement. Son suivi est effectué par un gynécologue. Nous nous retrouvons à la cafétéria de son travail, lieu bruyant où il est difficile d'avoir une discussion profonde et personnelle.

La ménopause évoque en premier lieu l'arrêt des règles mais aussi le vieillissement. Elle considère la ménopause comme un nouveau cap. Tout au long de l'entretien, nous remarquons chez Francine un conflit intérieur avec l'envie de se convaincre que cette étape n'est pas si terrible. Elle fait un constat plutôt négatif des symptômes de la ménopause. Mais elle insiste aussi sur sa nature optimiste et la chance d'être en bonne santé à son âge.

« JG : Qu'évoque pour vous la ménopause ?

Francine : Ben, c'est déjà l'arrêt des règles, du point de vue purement mécanique. Et puis c'est l'âge qui avance. Surtout pour les femmes. Bien que les hommes aussi. Mais c'est très important pour les femmes. C'est aussi une nouvelle étape.

JG : Vos sentiments : positifs, négatifs?

Francine : Non, je suis plutôt optimiste. J'essaie de voir ça parce que je me dis qu'on ne peut rien y faire. Je me dis que j'ai encore de la

chance d'être là. Et puis, en pas trop mauvaise santé. Je me dis que c'est vraiment une autre étape de la vie. [...] Alors ça pourrait être un petit peu triste mais j'essaie de relativiser. »

Francine pense que l'arthrose, la prise de poids et le manque de dynamisme dont elle souffre sont liés à la ménopause. Elle n'a jamais eu de bouffées de chaleur. Pourtant, elle appréhendait l'arrivée de la ménopause par peur de souffrir de ces dernières. Francine se rassurait en se disant que, même si le THM était contre-indiqué chez elle, elle pourrait se soigner *“avec des plantes”*.

Elle a quelques connaissances sur le THM grâce, notamment, aux propos de ses amies. Elle évoque un état de *“pseudo-jeunesse”* qui serait apporté par le traitement.

« Francine : Ça doit, je pense, prolonger l'état de pseudo-jeunesse. Même si l'âge est là. On doit peut-être être en meilleure forme pour les os et pour la peau. Et puis ça maintient les règles, non? [...] Il y avait 2 ou 3 dames qui avaient eu le traitement avec le patch ou dans le nez.... C'est vrai, elles me disent que ça les avait prolongées au niveau de la peau qui était restée plus jeune plus longtemps et autres... [...] Une dame de 65 ans qui est très bien conservée d'ailleurs, qui fait beaucoup de sport... [...] Mais je pense que ça dû l'aider quand même. »

Elle cite aussi le risque de cancer du sein relaté par les médias. Elle a, d'ailleurs, des difficultés à porter un jugement sur ce traitement et ne sait pas si elle l'aurait pris en l'absence de contre-indication.

« JG : Ce traitement vous donne un sentiment de frayeur? Francine : Ben, non, c'est le fait d'ajouter encore quelque chose en plus. Et finalement, j'ai quand même entendu dire qu'il y avait un risque de cancer du sein ou autres. Est-ce que c'est vrai ou non? Je ne sais pas. Peut-être dû à de nombreuses années de traitement quand même, je ne sais pas. »

Francine a beaucoup entendu parler des risques de cancer du sein grâce notamment, aux médias : télévision, radio et parfois en lisant les magazines. Mais elle déclare ne pas en avoir trop entendu parler. Ses sources d'informations sur la ménopause sont aussi ses collègues, parfois les amies, et son gynécologue. Elle consulte aussi Internet pour des problèmes de santé via Google ou Pubmed. Elle juge la pertinence des informations en regardant s'il y a des noms de médecins. Mais elle donne aussi une place importante aux écrits des usagers d'Internet.

« Francine : Mais quand on voit qu'il y a que des anonymes qui écrivent ou... Mais, souvent, ils parlent de symptômes ou autres. C'est vrai s'ils les ont. »

Nous sommes d'ailleurs étonnée de la confiance portée aux propos des usagers d'Internet alors que cette femme a une certaine culture scientifique et qu'elle utilise des sites comme Pubmed. Elle est globalement contente de l'information donnée par les médias. Mais la ménopause n'étant pas une maladie, elle pense qu'il ne faut pas trop l'exposer dans les médias.

« Francine : Ben on en parle un petit peu plus. On entend parler un petit peu de médicaments qui sont fait pour les femmes ménopausées. Mais on n'en parle pas plus que ça, en fait. Mais comme on parle peut-être pas plus d'autres choses. Mais peut-être que le fait de trop en parler aussi, je sais pas si c'est très bien. Parce que ce n'est pas une maladie en plus, c'est un état. Donc... »

Elle insiste sur la nécessité d'une préparation psychologique avant le début de la ménopause. Elle a peu parlé de ce sujet avec le gynécologue et elle le regrette.

« Francine : C'est vrai que je suis entourée de collègues qui ont toutes à peu près le même âge que moi, il y en a aussi qui sont plus jeunes et plus anciennes que moi. Ce qui fait que j'ai entendu parler de cette étape avant d'y être. Ce qui fait qu'on s'habitue et c'est pas plus mal d'en avoir entendu parler. Je pense que une femme isolée ou... qui est dans un milieu très masculin ou... dont on n'en parle pas du tout dans la famille, ça doit être plutôt difficile. Le fait d'avoir été en contact et d'avoir entendu parler, ça été un point important, ça m'a aidé. [...] Comme quoi, la préparation psychologique que ce soit pour la santé ou autre, c'est primordial dans la vie. Parce que ça aide quand même. Justement ce qui est un choc, c'est quand on vous apprend du jour au lendemain que vous avez un cancer... Mais quand on vous dit que vous allez avoir votre ménopause et que ça va se passer le mieux possible si vous avez de la chance ou si... »

3.2.7. Entretien avec Geneviève :

Geneviève a 54 ans et 3 enfants. Elle est mariée et est assistante de direction. Elle est ménopausée depuis 2005 et prend le THM, prescrit par un gynécologue, depuis 2 ans. Nous nous rencontrons dans un bureau sur son lieu de travail.

Lorsque nous discutons de la ménopause, Geneviève évoque tout d'abord l'arrêt des règles et

celui de la fertilité. Ceci représente un confort sans aucune souffrance psychique associée, étant donné qu'elle a déjà 3 enfants. Par contre, elle raconte un vieillissement physique et psychologique qui s'installe progressivement. Cela n'a pas été ressenti dès l'annonce de la ménopause mais c'est un constat qui s'est fait sournoisement au fil du temps. Elle ne semble pas pour autant être particulièrement affectée par cela. Elle aussi dénonce une inégalité de l'apparence physique entre les femmes et les hommes à cet âge-là.

« JG : Il y a donc un sentiment négatif autour de la ménopause ? »

Geneviève : C'est vrai qu'il y a un côté positif dans le sens où je n'ai plus mes règles alors que j'avais un stérilet. De ce côté là, c'est très pratique. Mais ce qui est prédominant, c'est quand même le vieillissement. Je ferais une comparaison par rapport à l'homme : à 50 ans passés, on dira que c'est un bel homme. Alors qu'une femme, il faut qu'elle s'entretienne, c'est plus difficile, on va dire. »

Le THM a été prescrit à Geneviève pour stopper ses bouffées de chaleur et pour traiter un syndrome dépressif. Elle cite d'ailleurs les avantages de ce traitement :

« JG : Vous connaissez quoi comme avantages et inconvénients du traitement ? »

Geneviève : Les avantages : le tonus, les bouffées de chaleur, au niveau psychologique contre la dépression comme j'ai beaucoup de problèmes familiaux en ce moment.... donc j'en ai parlé avec mon gynéco et elle m'a dit : “bon, ben , prenez bien le traitement, ça vous aidera”. Donc, je pense qu'il y a un côté positif là-dessus. »

Elle considère le traitement comme étant efficace et bénéfique. Elle connaît uniquement les risques de cancer du sein mais n'est pas effrayée. Le traitement a l'avantage de l'obliger à avoir un suivi gynécologique régulier.

« JG : Vous en avez beaucoup entendu parler de ce risque de cancer du sein ? »

Geneviève : Oui, on en entend pas mal parler quand même. Je dirais par période. Des études qui ont été faites en Angleterre. Il n'y a pas très longtemps qu'on en a entendu parler. Mais je pense qu'en étant suivi, en ayant une mammographie tous les ans, en voyant mon médecin tous les 6 mois... Euh, je ne connais pas de facteur dans ma famille par rapport à cette maladie. Je me dis que je suis très bien suivie et voilà. [...] Car j'imagine quelqu'un qui arrive à 50 ans passés et qui est ménopausée, se dira : “oh ben, je n'ai pas besoin de

gynécologue”. Donc il n’y a plus de visite, il n’y a plus de suivi régulier. Alors là, avec le renouvellement, je suis obligée d’y aller. Donc euh... voilà. »

Elle a souvent entendu parler de la polémique concernant le THM à la télévision, à la radio et dans les magazines. Mais cela ne l’a pas déstabilisée car elle a été bien informée par son gynécologue et elle discute souvent de ce qu’elle a entendu avec lui. Elle a confiance en lui et se réfère uniquement à lui pour les décisions concernant son traitement. Elle insiste sur l’intérêt d’être suivie par un spécialiste pour ce genre de soins. Elle utilise parfois Internet et consulte des sites comme “Doctissimo”. Elle fait peu confiance aux médias sauf lorsque ce sont des médecins qui prennent la parole. Les informations obtenues sur Internet ont tendance à l’effrayer étant donné la multitude des informations et le manque de hiérarchisation des données. Elle préfère donc questionner son médecin avec qui elle a un libre échange. Elle apprécie d’ailleurs que son gynécologue soit une femme car il serait alors plus apte à la comprendre et donc, à la soigner.

« JG : Avez-vous le sentiment d’avoir eu assez d’informations autour de la ménopause et de son THM?

Geneviève : Oui. Oui, elle m’avait donné toute une photocopie. Et même avant d’avoir été ménopausée. Oui, il y a une relation qui est vraiment franche, on parle de beaucoup de choses.

JG : Donc, il n’y a pas de difficulté à aborder ces sujets là?

Geneviève : Non, mais je vais vous dire : avant j’étais suivie par un gynécologue homme parce que c’était lui qui m’avait accouchée. Et quand il y avait le problème de dessèchement au niveau des organes génitaux et tout ça. Je trouve qu’il n’avait pas du tout... Je pense qu’un gynécologue homme, ne percevant pas ces symptômes, a un peu plus de difficulté à donner un traitement. Ça, c’est mon point de vue. Et j’en avais parlé à mon généraliste qui m’avait donné un traitement. Et puis, après, je me suis trouvée... Dr X, ça doit faire 6 ans qu’elle me suit, c’est pas très ancien. »

3.2.8. Entretien avec Henriette :

Henriette, 59 ans, est divorcée et a 6 enfants. Elle était auxiliaire médicale. Elle est ménopausée et a été traitée pendant 5 ans. Elle a arrêté le THM il y a peu de temps.

Henriette vit très bien la période de la ménopause, elle la considère comme un véritable soulagement étant donné l’arrêt des règles. Elle en parle avec beaucoup de détachement. Il n’y

a pas d'ambivalence dans son discours.

« JG : Qu'est-ce qu'évoque pour vous la ménopause ?

Henriette : La fin des soucis [rires], une délivrance des maux de ventres et des règles tous les mois. Plus de serviettes et tout ça... ce fut une délivrance. Ça y est, ouf, c'est fini, on n'en parle plus, on passe à autre chose.

JG : Donc quand on vous l'a annoncée, vous l'avez bien vécue ?

Henriette : Ah oui. J'étais très contente. Sachant que, après, il y a les bouffées de chaleur mais ça ne m'a pas posé plus de problèmes que ça.

JG : Et il n'y a pas eu de contrecoup après, lié aux effets de la ménopause ?

Henriette : Non, juste une prise de poids. C'est le seul inconvénient qu'il y a eu. C'est tout. »

Les seuls inconvénients sont, pour elle, les bouffées de chaleur et la prise de poids. Auparavant, elle pensait que les femmes ménopausées étaient des femmes âgées. Aujourd'hui, elle constate que ce n'était qu'un à priori.

Le THM est perçu à la fois comme un confort et comme une sécurité contre l'ostéoporose et les maladies cardiovasculaires. C'est l'arrêt du traitement, plutôt que l'arrivée de la ménopause, qui l'a déstabilisée momentanément.

« JG : Et le traitement évoque quoi pour vous ?

Henriette : Eh ben, au début, quand le médecin me l'a proposé, je me disais que c'était un confort, ça me rassurait quelque part. Parce qu'il me disait que ça me protégerait contre l'ostéoporose, contre les maladies cardiaques... Et je me disais pourquoi pas. Et comme je ne connaissais pas trop je lui faisais confiance, parce que c'est mon médecin, il sait de quoi il parle. Et du coup, quand il m'a dit de l'arrêter, je me suis dit : mince, je ne serai plus protégée...des maladies cardiovasculaires.... Et il m'a dit qu'il ne fallait pas toujours penser au pire tout de suite. Donc il a essayé de me rassurer. Et puis, voilà, ça a fait son petit bonhomme de chemin. »

Elle a entendu parler de la polémique par la radio, la télévision et les magazines ("magazines télé"). Le seul risque connu est celui du cancer du sein. Ce risque ne l'a pas pour autant inquiétée. En effet, elle a retenu les critiques faites sur l'étude WHI et elle a une totale confiance en son médecin.

« JG : Et les risques ?

Henriette : Ben, c'est comme tout médicament, il y a des risques. Il n'y a pas de zéro accident, ce n'est pas possible.

JG : Et vous savez sur quoi elle reposait la polémique?

Henriette : Je ne sais pas... sur un risque de cancer du sein... ou un truc comme ça. Je sais que j'avais une voisine qui prenait un traitement et qui l'a arrêté d'elle même, justement par rapport à cette polémique. Quand elle a su que j'en prenais un, elle m'a dit qu'il fallait que j'arrête. Et je me souviens de ma réponse : vous savez, c'est une étude faite sur des américaines qui sont des femmes assez fortes, qui n'ont pas la même alimentation et qui ont un autre style de vie... donc c'est pas forcément sur les françaises. Donc il ne faut pas faire une psychose quand même, il ne faut pas généraliser. Moi, je fais confiance à mon médecin. »

Elle discute de la ménopause avec sa mère, sa sœur et, rarement, ses amies.

Elle est satisfaite de ses connaissances sur la ménopause. Elle reconnaît qu'il y a eu des progrès dans la diffusion de l'information par les médias. Mais elle regrette, parfois, qu'il y ait trop d'informations ou que la qualité de ces informations soit mauvaise.

« Henriette : Ben, les informations, c'est vrai que, depuis quelques années, on donne beaucoup d'informations sur pas mal de maladies alors qu'avant on en entendait pas du tout parler. C'est vrai que les informations, c'est bien mais il ne faut pas les prendre toujours à la lettre. »

Elle ne retient alors que les informations données par son médecin.

« Henriette : Y en a parfois ils en parlent trop et parfois mal... les informations... Moi, de toute façon, je me base sur ce que me dit mon médecin, sur son avis médical uniquement. Après, les “on dit”, moi, j'y mets un point d'interrogation. Et si j'ai un doute, quand je vais le voir pour mon renouvellement, je l'écris sur une liste. Et il me dit : “ah vous avez fait votre petite liste!”. Donc, j'écoute d'abord ce qu'il me dit, c'est mon médecin d'abord. »

Elle aussi suggère que les médecins devraient mieux informer les femmes sur la ménopause.

« Henriette : Bon, après oui, c'est bien d'en parler avant, de se préparer. Comme quand on prépare les jeunes filles avant l'apparition des règles. Moi, je sais qu'à ce niveau là, je n'avais pas été préparée. Donc je m'étais dit que je ne ferai pas pareil avec mes filles. Mais c'est

vrai que c'est bien de se préparer à ce genre de... parce qu'il y en a qui le vivent bien et d'autres qui le vivent mal. Moi, j'ai de la chance de bien le vivre. Par exemple, ma voisine l'a très mal vécu. Elle disait qu'elle n'était plus bonne à rien, elle était toujours mal virée. Elle enflait. Mais c'est vrai que c'est bien d'être préparée à ce genre d'évènement, de savoir ce qui nous attend. On est préparée psychologiquement donc on y vit différemment. Ben, moi je m'y suis préparée, je me disais que ça faisait partie d'une étape de la vie. Ça s'est passé comme ça pour ma mère et puis, je verrai avec moi. »

3.2.9. Entretien avec Irène :

Irène, 53 ans, est veuve et a un fils. Elle était auxiliaire puéricultrice. Elle est ménopausée depuis 5 ans et n'a jamais pris de traitement. Le suivi gynécologique se fait par son médecin traitant.

Elle nous reçoit chez elle, avec les enfants qu'elle garde. Dès notre arrivée, elle nous demande de l'excuser, ne pensant pas nous être très utile. L'entretien sera court et nos questions semblent l'agacer un peu.

A l'évocation de la ménopause, Irène parle, elle aussi, d'un soulagement car la préménopause semble avoir été épuisante. Le seul trouble climatérique cité est la prise de poids.

« JG : Qu'évoque pour vous la ménopause ?

Irène : Bon, il y a des femmes qui vont vous dire : «les femmes, ceci, cela»... Alors là, je vais vous dire franchement, strictement rien à faire : un soulagement. Parce que, entre la préménopause et pendant... jusqu'à temps que ça s'arrête, c'est horrible. Donc un grand soulagement. »

Elle connaît peu le THM. Elle a seulement entendu parler dans les médias d'un risque de cancer lié à ce médicament.

Irène n'est pas très loquace. Contrairement aux femmes précédentes, elle ne semble pas être intéressée par ce sujet et encore moins par les questions sur son vécu. Irène a eu, ces dernières années, d'importants soucis personnels et familiaux qui ont décalé ses centres d'intérêt. Elle se focalise moins, par conséquent, sur son bien-être et ses ressentiments. La ménopause est devenue un fait mineur qui ne mérite pas que l'on s'attarde. De plus, les évènements vécus lui ont fait prendre conscience des dangers de la vie. Elle préfère alors porter des œillères et éviter le sujet de la santé.

« Irène : Parce que j'ai très peur de la maladie et de la mort. Alors,

non, non...

JG : Vous avez peur que cela vous effraie, de ce que vous risquez de trouver ?

Irène : Oh là là, je fais l'autruche et je suis mon petit bonhomme de chemin. »

Alors qu'elle était friande de presse féminine, elle a arrêté ce type de lecture. Elle évite aussi de regarder des émissions sur la santé et ne consulte le médecin que lorsque cela est strictement nécessaire.

3.2.10. Entretien avec Janine :

Janine, 54 ans, est veuve et a 2 enfants. Elle est serveuse. Elle est ménopausée depuis 9 ans et a pris le THM pendant 2 années. Elle est suivie par un gynécologue. Elle nous reçoit rapidement, entre deux clients, dans un lieu un peu reculé du bar où elle travaille.

Ses représentations de la ménopause sont pauvres. Seul le confort par l'arrêt des règles est évoqué. Elle décrit la ménopause comme une suite logique de la vie. Elle n'assimile pas cette période à la vieillesse (*“la vieillesse, c'est dans la tête, hein?”*) et ne remet pas en question sa féminité.

« JG : Vous n'avez pas l'impression que, euh... ?

Janine : Qu'on vous regarde autrement?

JG : Mmmh...

Janine : Non, non, pas du tout. Je vais vous dire, sûr parce que ça ne fait pas longtemps que je suis serveuse et il y a qu'à voir les mecs et c'est bon. Donc, ça ne doit pas les traumatiser. »

Elle a pris pendant une courte période le THM sur les conseils de son médecin sans s'interroger sur les intérêts de ce médicament. Elle le considère comme l'égal de tout autre traitement. Elle nous fait seulement remarquer la perte de poids engendrée.

« JG : D'accord. Et pour vous, ce THM, ça évoque quelque chose?

Janine : Non, pour moi, rien. Je prends ce cachet comme je prends le cachet pour la tension voilà. Et tout va bien. »

Elle ne connaît pas les débats qu'il y a eu ces dernières années à propos du THM. Elle n'a pas non plus connaissance des risques et des bénéfices apportés par ce traitement.

Le discours de Janine rappelle un peu celui d'Irène dans le sens où elle regarde droit devant, sans se poser de questions et s'intéresse peu au sujet de la santé. Elle est angoissée par ce qu'elle pourrait découvrir. Elle trouve ainsi que les thèmes médicaux sont trop exploités par les médias et que ces derniers renvoient une image trop dure et trop pessimiste de la vie. Elle

évite donc les informations données par les médias en général. Elle a une conception plutôt fataliste de la vie.

« JG : Vous trouvez que c'est trop négatif?

Janine : Ouais. Moi, je suis optimiste et je préfère ne pas écouter et rester dans mon monde à moi.

JG : Donc pour vous l'information, c'est votre médecin?

Janine : Voilà. Il me dit : «Faut faire ça, faut faire ça, les artères... machin...» Je fais tout. Voilà. C'est tout. Non, ils [les médias] en parlent trop. Et si on les écoute, on déprime. Si on les écoute, on meurt demain. Donc, c'est pas bon.

Moi, personnellement, je prends la vie comme elle vient. Moi, pour l'instant, j'ai rien, je touche du bois. Le jour où j'aurai, on verra. Comme on dit : c'est notre destin. »

Ainsi, sa seule source d'information est le médecin en qui elle a une grande confiance. C'est aussi la seule personne à qui elle se confie sans hésitation.

« Janine : Oui, c'est la seule personne que je parle de tout. Voilà. Même si j'ai des problèmes, je lui parle. Mais c'est vraiment le seul. »

3.2.11. Entretien avec Khadija :

Khadija, 60 ans, est mariée et a 3 enfants. Elle est à la retraite. Elle est ménopausée depuis 11 ans. Elle a arrêté le THM depuis 1 an. Elle est suivie par un gynécologue. Elle a eu un lymphome il y a 3 ans pour lequel elle est régulièrement surveillée. Nous nous rencontrons dans un café du centre ville où il est difficile, dans ce contexte bruyant, de provoquer les confidences.

Khadija a bien vécu le début de la ménopause. Celle-ci s'inscrit naturellement dans le parcours de vie. Les quelques bouffées de chaleur dont elle souffre ne sont pas embarrassantes.

« Khadija : C'est pas quelque chose que j'appréhendais, c'est pas du tout quelque chose que j'ai mal vécu. Ça s'est fait en douceur. Sans problème. »

Le THM, provoquant des saignements menstruels considérés comme la continuation des règles, a donc permis une transition en douceur.

« Khadija : Disons que comme, du coup, j'ai eu des règles pendant relativement longtemps, peut-être qu'on a l'impression d'être normale. « Normale » entre guillemets, hein. Mais bon, il n'y a pas une grosse

rupture même si ce n'est pas abondant comme une jeune fille de 20 ans. »

Elle se plaint depuis quelques temps d'une asthénie et elle s'interroge sur son origine : l'âge, la ménopause ou le lymphome. Elle commence à avoir le sentiment de vieillir.

« Khadija : Je suis en train de prendre un coup de vieux maintenant, moi. Je l'ai pris là car je suis quelqu'un qui n'a jamais eu de problème de santé. J'ai eu un accident de voiture à 23 ans mais je n'ai jamais eu d'anesthésie générale, je n'ai jamais été opérée. Et tout d'un coup, ça été le gros coup parce que le corps... Maintenant il y a un peu le contrecoup et bon. Je m'aperçois que maintenant, il y a les problèmes de canal carpien, des problèmes d'arthrose... »

Elle se décrit comme une personne très “réaliste” et curieuse. Pour cela, elle n'hésite pas à consulter des sites comme “Doctissimo” afin de répondre à ses questions. Elle a beaucoup appris sur Internet mais elle reconnaît que certaines informations livrées sans nuances peuvent effrayer et n'être pas adaptées au lecteur.

« Khadija : Je suis retournée dernièrement sur Internet parce que j'ai un problème de doigt en ressaut. Et du coup, je suis retournée sur le site “Lymphome France Espoir”. J'ai retrouvé ça et du coup j'ai regardé. Je suis donc retournée sur internet. Et du coup, j'avais mal au coude car j'avais jamais réalisé qu'il y avait des ganglions dans le coude. Et du coup, j'ai arrêté. Puis, j'ai dit : allez, stop. »

Elle regarde quelques émissions sur la santé à la télévision et lit les journaux (“Le Monde”). Elle ne discute pas de la ménopause avec sa famille ou ses amies. Le médecin est finalement sa source principale d'information. Elle lui fait totalement confiance. D'ailleurs la polémique sur le risque de cancer du sein ne l'a pas ébranlée. Elle sait prendre du recul par rapport à ce qu'elle reçoit du monde extérieur, notamment des médias, et est consciente du fait que les connaissances médicales évoluent. Cela ne discrédite pas pour autant le corps médical.

« JG : Est-ce que ça vous a effrayée ?

Khadija : Non. Pas du tout. Parce que je me suis dit que de toute façon... Je sais bien qu'il y a tellement de choses, on vous dit quelque chose et puis, après on revient dessus. Non, je ne me suis pas précipitée chez le gynéco en disant : arrêtez-moi mon traitement tout de suite. Parce que moi je me dis que vous n'allez pas chez le médecin si vous ne vous lui faites pas confiance. Alors je ne suis jamais tombée sur des médecins abominables. Mais nous, on connaît tellement peu de

*choses donc je me dis qu'après tout si le toubib prend la décision de...
et puis moi, je tolérais bien. »*

Elle a arrêté le THM sur les conseils de son gynécologue en raison du lymphome. Elle fait d'ailleurs une remarque intéressante à ce sujet. Le médecin lui a laissé le choix de continuer ou d'arrêter de traitement mais cela l'a déconcertée. Elle aurait préféré que ce soit le médecin qui prenne la décision.

« Khadija : Alors c'est vrai que quand elle [la gynécologue] me demandait : "on arrête ou on n'arrête pas" ? Alors c'est vrai que quelque part je me disais que c'était un peu à elle de décider... alors peut-être que j'aurais pu arrêter le traitement avant mais j'étais bien, je ne sais pas. »

3.2.12. Entretien avec Léonie :

Léonie a 75 ans. Elle est mariée et a 3 enfants. Elle était femme au foyer. Elle est ménopausée depuis 21 ans. Elle n'a jamais pris de THM. Elle est suivie principalement par un médecin généraliste.

Léonie a, elle aussi, des sentiments ambivalents par rapport à cette nouvelle étape. Il en ressort surtout une fatigue associée à une sensation de vieillissement. La ménopause se présente donc comme une période fragilisante accompagnée d'une baisse de moral. Mais elle décrit parallèlement une délivrance du fait de l'arrêt des règles. Elle raconte aussi la ménopause comme un fait social puisque cela correspond aussi à une évolution de l'environnement familial comme le départ des enfants. Il y a donc un changement complet du mode de vie.

Léonie a une particularité par rapport aux autres femmes rencontrées : elle est un peu plus âgée. Cela lui confère donc un certain recul par rapport au sujet étudié. Alors que le début de la ménopause était une période un peu noire de sa vie, elle décrit, après 60 ans, la clémence de son état avec un bien-être et surtout un sentiment de grande liberté.

« Léonie : Il faut plusieurs années pour vraiment sentir la ménopause. C'est une période très fatigante. On n'est plus jeune, c'est évident. A 50 ans, cette histoire de ménopause vous fait passer à un âge plus âgé. Il faut compter jusqu'à 60 ans. Et à 60 ans, on se retrouve jeune, je dirais. On n'a plus ce problème qui est très fatigant, très déprimant. Et qui vous redonne une jeunesse de vieillesse, qui est très agréable. Moi j'en garde un très bon souvenir. Parce qu'on est libre, on peut faire ce que l'on veut. [...] La ménopause, c'est une période où on est

très fragile, on sort de la jeunesse. Mais après on est délivrée. »

Léonie ne connaît pas le THM et n'a jamais entendu parler de la polémique de 2002.

Elle considère la ménopause comme un sujet tabou et n'en a jamais discuté avec ses amies ni avec ses filles. Elle en a, de même, très peu parlé avec son médecin bien qu'il soit sa principale source d'information. En effet, elle n'osait pas aborder ce sujet en consultation. Elle ne regrette pas pour autant l'absence de discussion à ce sujet-là. De plus, elle semble n'avoir jamais reçu d'informations concernant la ménopause par les médias.

« JG : Il y a eu des discussions avec votre médecin à ce sujet là, à l'époque ?

Léonie : Non, pas du tout. Mais on était au courant, on savait qu'on arriverait à un âge où on serait ménopausée.

JG : Mais vous n'avez jamais eu de discussions à ce sujet là avec votre médecin?

Léonie : Non. J'avais comme médecin un cousin : le Docteur X. Et... on lui posait des questions, euh... mais...

JG : Ce n'était pas facile d'aborder tous les sujets?

Léonie : Non. [...] C'est des sujets un peu personnels et ce n'est pas facile à aborder. »

3.2.13. Entretien avec Mariette :

Mariette, 72 ans, divorcée, vit seule et a 2 enfants. Elle est retraitée (ancienne institutrice). Elle est ménopausée depuis 24 ans. Elle est suivie par un gynécologue.

La ménopause s'est installée en douceur avec l'espacement progressif des règles. Elle travaillait beaucoup à cette époque et n'a pas eu le temps de s'en préoccuper. Elle n'avait d'ailleurs pas consulté de médecin pour ce motif.

« JG : Quel sentiment y associeriez-vous ?

Mariette : Ben c'est à dire comme je travaillais, j'étais très occupée dans ma maison et en dehors, je ne me suis pas trop posée de question. Je ne me suis pas prise la tête, comme on dit, avec ça quoi. C'est quand même naturel. Je me suis rendu compte que mes règles s'espaciaient. Et puis, peut-être qu'à cette époque, on n'allait pas consulter. »

Mariette n'a pas eu de syndrome climatérique hormis une prise de poids.

Cependant, l'arrêt de la fertilité a été vécu comme une perte symbolique remettant en cause son identité, même si elle n'avait plus de désir d'enfant. La ménopause est aussi, pour elle, un

synonyme de vieillissement.

« Mariette : Ça correspond aussi pour une femme au fait qu'elle ne pourra plus avoir d'enfant. Ça compte ça aussi pour une femme. On se dit : "cette fois, ça y est." Même si on ne voulait pas avoir d'enfant à cet âge là. Disons qu'on sait que cette fois-ci, c'est terminé, on passe à autre chose, on ne peut plus être fertile. »

Le THM est contre-indiqué chez elle. Cependant, même si elle n'est pas directement concernée, elle s'intéresse à ce traitement et s'interroge sur sa balance bénéfices/risques. Lorsqu'elle cite ses intérêts, elle parle d'une diminution de la sécheresse vaginale, d'une perte de poids et d'une amélioration des troubles psychologiques. Pour les effets secondaires, elle ne rapporte que le risque de cancer du sein. Elle a beaucoup entendu parler de ce risque par les médias qui relataient les résultats de l'étude WHI. Même si elle pense que les résultats de cette étude ont été démentis, ses doutes persistent.

« JG : Quel sentiment avez-vous maintenant par rapport à ce traitement là ?

Mariette : Ben, par rapport à mes filles, même si elles n'ont pas encore l'âge de la ménopause... on se pose quand même des questions même si ils ont annulé par la suite.

JG : « Annulé » c'est à dire ?

Mariette : Ils ont dit que non, finalement... c'était les américains, je crois, qui avaient soulevé le problème. Et après, ils ont dit « mais non, finalement c'est rien, on peut prendre ». Et puis après on a dit : « pendant dix ans, et après on stoppe ». Parfois, je pense à elles et je me demande ce qu'elles vont faire, est-ce que ce sera dangereux ou pas....

JG : Et si vous étiez à leur place maintenant, que feriez-vous ?

Mariette : Je ne sais pas. Je me renseignerais bien. Je... peut-être que j'en suivrais quand même un... En général, je fais assez confiance aux médecins, dès lors qu'ils me le conseillent. En demandant l'avis... »

Elle est donc divisée entre la confiance qu'elle porte à son médecin et la peur de cet inconnu qu'est le THM.

Elle révisé finalement son jugement en banalisant les faits et en les comparant aux risques de tout médicament.

« JG : Donc si il y avait un sentiment à mettre autour de ce traitement ?

Mariette : Ben, c'est comme tous les médicaments. Dès lors qu'on

prend un médicament, c'est quand même un produit chimique. Et on se demande les effets et puis, si on fait bien de le faire. C'est comme les antidépresseurs, quelquefois on en a besoin mais on hésite à les prendre. Surtout si on va sur Internet pour se renseigner, on a tous les détails, donc... ça donne un peu la frousse. C'est comme quand on lit la notice des médicaments, alors là quand on voit tout ce qui peut nous arriver, on se demande si on fait bien de prendre ce truc-là. »

Elle acquiert des connaissances grâce aux différents médias : les journaux (*Le Monde*, *Libération*), la radio (*France Inter*), la télévision, une encyclopédie médicale et un peu, quand elle en a l'occasion, Internet. Cependant, elle évite de trop écouter les médias à ce sujet car elle craint d'être effrayée par l'abondance de détails. Le médecin est donc sa principale source d'information.

« JG : Et d'une manière générale sur la santé, est-ce que vous êtes satisfaite des informations que vous avez reçues que ce soit par le médecin ou par les médias ?

Mariette : Par le médecin. Parce que je ne veux pas écouter des trucs médicaux toute seule. J'ai même une encyclopédie médicale que j'évite de regarder. Parce qu'après ça me stresse... Il faut quand même être conscient mais il ne faut pas non plus tomber dans l'excès et puis toujours consulter les revues médicales... Une fois, j'étais chez ma fille qui est médecin et j'ai feuilleté un livre de dermato et ben, c'est horrible les images et tout ça... Alors je l'ai vite refermé et reposé. Donc ça, non.

JG : Vous me disiez que parfois ça faisait peur ce que vous trouviez sur Internet ?

Mariette : Ben oui, ça fait un peu peur quand on vous donne vraiment tous les détails, toutes les possibilités, tout ce qui peut vous arriver.... »

Par contre, le sujet de la ménopause a été très peu abordé lors des consultations médicales. Elle explique cela par le fait que, à l'époque de sa ménopause débutante, il n'était pas d'usage d'aller chez le gynécologue pour ce motif. Elle aussi considère ce sujet comme délicat et tabou.

« Mariette : Mais bon, ce sont des choses intimes, je veux dire, les gens de mon âge, on en parle peut-être pas aussi librement que maintenant. Et puis moi, comme je suis seule, j'ai des amies qui ont encore leur

mari et je ne veux pas entrer dans leur vie intime. »

Elle souligne, cependant, que de nos jours, ses considérations ont changé et qu'elle discuterait sans gêne de la ménopause avec son médecin. Elle regrette d'ailleurs de n'avoir pu le faire auparavant.

« Mariette : Oui, j'aurais aimé effectivement. Je regrette quand même, j'aurais pu... Mais c'est vrai qu'à l'époque ça ne se pratiquait pas comme maintenant d'aller chez le gynécologue. [...] Oui, j'aurais aimé avoir des conseils pour se sentir mieux... [...] Quoique maintenant, ça ne me gênerait pas. Ça ne me gênerait pas d'arriver chez le médecin et de lui dire que mes règles diminuent. Peut-être qu'il m'enverrait chez le gynécologue à ce moment là, mon généraliste. Si, si, j'en parlerais mais librement parce qu'un médecin, c'est un médecin. »

3.3.Résultats et analyse transversale

3.3.1. La ménopause

3.3.1.1. L'arrêt des règles :

Les premiers mots émis par la majorité des femmes à l'évocation de la ménopause sont : *“l'arrêt des règles”*.

Le vécu de cet arrêt est bien sûr conditionné par l'expérience des règles elles-mêmes.

Les règles sont parfois vécues de façon neutre sans extrapolation du phénomène biologique naturel. Leur interruption est alors acceptée avec indifférence.

« JG : Pour vous, que représente la ménopause ?

Colette : Rien, à part l'arrêt des règles avec quelques désagréments : bouffées de chaleur la nuit. Mais franchement, je ne fais pas partie des personnes qui ont été enquinées par ça. »

D'autres fois, les règles sont décrites avec beaucoup d'émotion. Cela est d'autant plus vrai pour celles qui ont subi une périménopause difficile avec des méno-métrorragies importantes. Les règles étaient alors devenues *“angoissantes”* et fatigantes.

« Danièle : Oui, les dernières années, c'était épouvantable. Plus le temps passait, plus je perdais mon sang, alors que cela aurait dû être l'inverse. »

Leur arrêt, à la ménopause, est donc souvent relaté comme un **confort**. En effet, les femmes sont soulagées de ne plus avoir la contrainte des menstruations. Henriette, 59ans, est très optimiste et est plutôt contente d'être ménopausée. Elle souligne l'aspect pratique de cette période :

« JG : Qu' est-ce qu'évoque pour vous la ménopause? »

Henriette : La fin des soucis [rires], une délivrance des maux de ventres et des règles tous les mois. Plus de serviettes et tout ça... Ce fut une délivrance. Ça y est, ouf, c'est fini, on n'en parle plus, on passe à autre chose. »

De même, Brigitte a eu une périménopause difficile en raison d'un traitement anticoagulant. Elle avait hâte d'être ménopausée. Elle s'exclame donc :

« Brigitte : Alors le jour où ...ben voilà..., j'étais ravie. »

Cette aménorrhée renvoie donc au diagnostic de la ménopause. Mais elle peut revêtir aussi des valeurs plus symboliques : arrêt de la fertilité, perturbation de la féminité...

3.3.1.2. L'arrêt de la fécondité :

L'arrêt de la fécondité est cité spontanément par 5 des 13 femmes interrogées. Geneviève, ménopausée à 51 ans, a 3 enfants dont une adolescente. Elle ne désirait pas d'autre grossesse. Cette infertilité semble alors avoir été bien acceptée. En effet, pour certaines femmes, ne plus risquer d'être enceinte représente un avantage considérable. Il n'y a plus à se soucier d'une fertilité embarrassante pour la sexualité. La contraception peut être donc interrompue.

« Geneviève : “C'est vrai qu'il y a un côté positif dans le sens où je n'ai plus mes règles alors que j'avais un stérilet. De ce côté là, c'est très pratique. Je n'ai plus le souci de tomber enceinte. »

Une autre, Mariette, 72 ans, a 3 enfants et a plutôt bien vécu l'arrivée de la ménopause. Elle n'a plus de désir d'enfant. Cependant, l'arrêt de la fécondité marque tout de même **la fin d'une étape**, et cet arrêt prend ainsi une **valeur de vieillissement**.

« Mariette : Même si on ne voulait pas avoir d'enfant à cet âge là. Disons qu'on sait que cette fois-ci, c'est terminé, on passe à autre chose, on ne peut plus être fertile. »

Par contre, cette infertilité n'est pas toujours aussi bien acceptée et peut s'apparenter à une **perte symbolique**. En effet, elle est parfois vécue comme la conclusion d'une vie antérieure

où la femme pouvait devenir mère. Elle met un terme au désir d'enfant inassouvi. Une possible frustration peut donc être engendrée. Nous remarquons que ce sentiment est plus marqué chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant comme Annick et Eliane.

Attardons nous quelques instants sur les propos d'Eliane. Elle est célibataire sans enfant et a été ménopausée à l'âge de 54 ans. Lorsque nous lui demandons ce qu'évoque la ménopause, elle cite immédiatement l'arrêt de la fertilité. Elle entame alors une grande tirade justifiant son célibat et surtout le fait de ne pas avoir eu d'enfant. Cette précipitation et cette volonté de justification révèle la nécessité de se convaincre soi-même, de se persuader d'avoir pris les bonnes décisions et surtout, elle traduit une souffrance. Eliane raconte que ses blessures ont débuté à l'âge de 40 ans, âge symbolique de la fin de maternité (sur le plan social surtout et biologique).

« JG : Qu'est-ce qu'évoque, pour vous, la ménopause ?

Eliane : Ça évoque l'arrêt des règles et l'arrêt de la fertilité. Sachant que je n'ai pas d'enfant mais que la fertilité fut pour moi une... disons... une angoisse vers l'âge de 40 ans, c'est à dire au moment où je me suis rendue compte que les choses étaient du côté du passé et de l'irréversibilité. Ceci dit, j'ai pris la pilule pendant de nombreuses années. Je n'ai pratiquement pas d'activité sexuelle pour une raison très simple : c'est que les individus masculins que j'ai connu étaient d'une lâcheté qui s'est accumulée. Je n'ai pas rencontré de géniteurs dignes de ce nom. Somme toute, je préfère plutôt être célibataire sans enfant plutôt qu'être mère célibataire car je ne voudrais absolument pas que mon enfant souffre de restrictions matérielles et affectives. Je n'ai absolument pas voulu être une mère célibataire qui fasse un enfant avec un étalon, (et je connais des femmes qui l'ont fait); et pour moi, je trouve ça d'une barbarie absolument innommable. »

Eliane emploie un vocabulaire fort et tranchant. Lorsque nous lui demandons les sentiments ressentis à l'arrivée de la ménopause, elle répond : *“l'irréversibilité de la fertilité”*. Ces mots traduisent bien l'impossibilité du retour en arrière et la nécessité du deuil à effectuer.

« Eliane : Et puis après, ben ma foi, j'en ai pris mon parti. »

L'arrêt de la fertilité peut donc revêtir un aspect pratique et confortable avec l'interruption de la contraception mais il met aussi un terme à l'éventuel désir d'enfant. De plus, cela peut engendrer une remise en question de la féminité.

3.3.1.3. La féminité et la sexualité :

Certaines femmes vivent la ménopause comme un **danger pour leur féminité**.

D'abord, le corps change : vieillissement cutané, prise de poids... Ces modifications sont parfois mal acceptées et donnent aux femmes une impression d'enlaidissement.

« Brigitte : Le corps change et automatiquement, on se trouve moins belle. »

Certaines sont fragilisées par cette transformation de l'enveloppe corporelle et se confrontent avec difficulté au regard d'autrui. Le pouvoir de séduction peut alors être remis en question. De plus, il vient souvent s'ajouter une évolution de l'environnement familial : les enfants partent de la maison. Les deux partenaires se retrouvent donc face à face sans le filtre des enfants. Mari et femme doivent alors remodeler leur relation malgré le poids des années. Brigitte, 63 ans, confirme ces représentations. Elle a cependant un discours assez ambivalent.

- Elle décrit l'arrivée de la ménopause comme une **dévalorisation personnelle**. Son apparence physique s'est altérée. La sexualité laisse à désirer en raison de modifications physiques (sécheresse vaginale) mais aussi en raison du vieillissement du couple.

« Brigitte : On redoute toujours un peu pour sa féminité. [...] Parce qu'on se dit qu'on n'est plus désirable. [...] C'est que la sexualité devient moins riche. [...] Et puis dans un couple (ça fait 45 ans qu'on est marié), les choses changent, l'essentiel, c'est d'être ensemble. [...] Surtout quand c'est des vieux couples. »

- Mais elle pense aussi que ses sentiments ont été influencés par les préjugés véhiculés par la société. Car, avec le recul, elle s'aperçoit que le pouvoir de séduction n'est pas affaibli mais il se modifie.

« Brigitte : Moi, j'ai longtemps travaillé, en étant ménopausée, dans le commercial; alors les regards ont changé parce qu'on s'adressait plus à moi comme à une jeune femme. Il y a avait peut-être un peu plus de respect mais il pouvait y avoir encore quand même de la séduction. Une femme ménopausée peut encore séduire. »

Elle découvre alors que la féminité peut perdurer au prix de quelques efforts.

« Brigitte : On peut vivre sa féminité avec les moyens qui nous sont proposés mais faut les chercher, les moyens. »

De même, Annick, 60 ans, explique qu'il faut se battre pour conserver sa féminité après la ménopause : entretien, surveillance du poids, traitements médicamenteux...

« Annick : Moi, je suis pour faire le possible pour améliorer la femme.

Je m'étais même documentée sur la DHEA. [...] La féminité reste là si on y fait attention. Le THM peut aider à conserver une apparence de jeunesse. »

Par ailleurs, **l'identité féminine** est définie, pour certaines femmes, par la notion de fécondité (avec la présence des règles) et par le rôle maternel. L'arrêt de cette fécondité peut alors engendrer un sentiment de dévalorisation et peut être ressenti comme une atteinte à la féminité. C'est le cas de Mariette qui oppose les représentations de la ménopause au sentiment de féminité apparaissant à la puberté.

« Mariette : Disons qu'on sait que cette fois-ci, c'est terminé, on passe à autre chose, on ne peut plus être fertile. C'est comme si on nous enlevait une partie de notre féminité.

JG : C'est-à-dire ?

Mariette : et bien, on devient femme à l'arrivée des règles, alors lors de la ménopause... On perd quelque chose... »

Cependant, d'autres femmes ne partagent pas ces avis et sont **indifférentes** à ces problèmes. Dans notre étude, ce sont surtout des femmes qui ont pris un certain recul par rapport à la ménopause. Par exemple, Janine est surtout préoccupée par son lymphome et peu par la ménopause. Elle vit cette dernière de façon simple et ne fait pas d'extrapolation particulière.

« JG : Si je vous parle de la féminité des femmes ménopausées, ça change quelque chose ?

Janine : Ah non pas du tout. Vous savez moi, je suis très réaliste. Il y a un âge où vous avez des enfants, un âge où ça passe. Et c'est le milieu de la vie donc... »

De la même façon, Janine voit la ménopause d'une manière assez basique et ne semble pas être affectée par celle-ci.

« Irène : Je vais vous dire, sûr parce que ça fait pas longtemps que je suis serveuse et il y a qu'à voir les mecs et c'est bon. Donc, ça ne doit pas les traumatiser. »

3.3.1.4. Le vieillissement :

Le vieillissement est un des thèmes les plus abordés : 9 des 13 femmes interrogées l'évoquent.

Le vieillissement est souvent cité d'emblée à l'évocation de la ménopause; il devient presque **son synonyme**.

« Brigitte : Mais c'est vrai qu'une femme ménopausée, c'est quand même une vieille femme.

Léonie : On n'est plus jeune, c'est évident. A 50 ans, cette histoire de ménopause vous fait passer à un âge plus âgé. [...] La ménopause, c'est une période où on est très fragile, on sort de la jeunesse. »

Pour d'autres, le vieillissement se révèle secondairement, c'est-à-dire à l'arrivée des troubles physiques et psychiques que les femmes rattachent à la ménopause : vieillissement cutané, diminution du tonus, arthrose, sécheresse vaginale...

De plus, dans les interviews se trouve un important champ sémantique concernant la nécessité d'entretien des femmes à l'orée de la ménopause. En effet, elles semblent pouvoir garder leur tonus et leur féminité au prix d'efforts quotidiens. Cela sous-entend tout de même une certaine dévalorisation.

« Annick : Moi, je suis pour faire le possible pour améliorer la femme. Je m'étais même documenté sur la DHEA. [...] La féminité reste là si on y fait attention. »

Ce vieillissement est accepté de façon neutre par certaines, avec angoisse par d'autres. Enfin, quelques-unes notent un aspect **positif** : elles sont plus **respectées**.

Léonie a une conception particulière de cette période. Elle décrit un vieillissement accéléré à l'arrivée de la ménopause. Puis, secondairement, vers 60 ans, la ménopause est acceptée; les enfants prennent leur indépendance. Elle retrouve alors une sensation de **liberté** avec une *« jeunesse de vieillesse, très agréable »*.

Mais certaines femmes expliquent aussi que c'est une idée préconçue véhiculée par la société. Lorsque Brigitte était plus jeune, elle ne s'intéressait pas à la ménopause : *« c'est des histoires de vieilles »*. A l'arrivée de la ménopause, les préjugés sont tombés : certes l'âge avance, mais la vie continue.

« Brigitte : Mais je pense aussi que c'est une idée reçue, c'est aussi ce qu'on veut bien individuellement en dégager. [...] On se dit pas : « je suis ménopausée, c'est fini ». C'est pas vrai, c'est là où on se trompe, c'est là où on ne sait pas. [...] Oui, je me dis : «on peut encore plaire et on peut encore vivre. »

Henriette confirme ce point de vue :

« Henriette : Et puis quand on voyait ma mère et ma grand mère, on se disait que c'était des femmes âgées. Ce genre d'à priori comme ça. Et bon, maintenant, elles [les femmes ménopausées] ne sont pas si âgées que ça. »

Deux femmes pensent que la société porte un regard différent sur le vieillissement de l'homme et de la femme.

« Geneviève : Mais ce qui est prédominant, c'est quand même le vieillissement. Je ferais une comparaison par rapport à l'homme : à 50 ans passés, on dira : «c'est un bel homme». Alors qu'une femme, il faut qu'elle s'entretienne, c'est plus difficile, on va dire. »

Deux autres ne souhaitent pas mêler la ménopause à la vieillesse.

« JG : Parce que certaines femmes me disent que la ménopause c'est la vieillesse ?

Janine : Non, pas du tout. Oh ben, comme je vous dis : la vieillesse, c'est dans la tête, hein? On est d'accord. Alors si on n'y pense pas... Non, non, non. »

3.3.1.5. Les effets secondaires et l'impact sur la santé :

Dans le guide d'entretien, il n'y a pas de question portant précisément sur les troubles liés à la ménopause. Les questions sont plus d'ordre général sur le vécu et les sentiments liés à la ménopause, le but n'étant pas de lister les effets secondaires mais plutôt de connaître les réelles préoccupations des femmes à cette période.

Pourtant, beaucoup d'effets secondaires sont cités par les femmes.

En tête de liste se trouvent les **bouffées de chaleur**. Elles sont citées très rapidement après le constat de l'arrêt des règles. Même certaines femmes, asymptomatiques, les évoquent. Il y a donc une véritable union entre ménopause et bouffées de chaleur dans les représentations de la population féminine. Pourtant, "seulement" 7 des 13 femmes interrogées déclarent en avoir (eu), allant d'un simple constat à une véritable souffrance.

Colette, qui a bien accepté l'arrivée de la ménopause, est peu gênée par les bouffées de chaleur.

« Colette : Mais franchement, je ne fais pas partie des personnes qui ont été enquinées par ça. »

Par contre, Danièle, ménopausée suite à une hystérectomie, les a mal supportées : *“c’était pénible, super pénible”*. Ces “vapeurs” sont aussi des marqueurs de la ménopause visibles et reconnaissables par le monde extérieur.

« Danièle : Cela faisait sourire ma mère que je gardais et qui me trouvait rouge. »

Cette intrusion de la ménopause en société, aux yeux de tous, peut être difficile à assumer. Et certaines femmes éprouvent le besoin de les dissimuler.

« Brigitte : Mais c'est pareil, au travail, j'étais rouge et je disais qu'il faisait chaud voilà... »

Les autres symptômes s'intercalent plus tard au cours de l'entretien. Une **prise de poids** aurait aussi été constatée par 7 femmes. Brigitte a pris 12 kg et cela a été une de ses principales difficultés au début de la ménopause.

« Brigitte : Mais on a une période où, tout d'un coup, on se met à gonfler de partout, on est un peu bouffie, on est obligé de changer sa garde robe, c'est pas agréable quoi. [...] on se trouve moins belle. »

De plus, 5 femmes nous ont confié qu'elles avaient des **sécheresses vaginales** liées à l'atrophie urogénitale. Le vocabulaire employé pour les décrire est particulièrement fort, exprimant les contraintes provoquées.

« Danielle : Les sécheresses vaginales, c'est l'enfer. »

Cela est probablement amplifié par le tabou présent autour de cette pathologie. Les femmes ont des difficultés à en parler autour d'elles, et notamment à leur médecin. Brigitte, 63 ans, s'est rendue compte progressivement de cette sécheresse. Elle ne pouvait pas aborder ce sujet avec son mari :

« Brigitte : Mon couple avait vécu, avec justement pas mal de problèmes. Pour moi, ça été difficile. »

Elle n'imaginait même pas en parler à son gynécologue.

Vient ensuite le **vieillissement cutané** cité par 4 femmes. Il est globalement bien accepté sauf par Eliane qui ne le tolère pas. Elle est célibataire, sans enfant et se focalise énormément sur son corps : elle considère que la seule chose qui lui appartienne est ce corps, elle doit donc y prêter attention. Elle emploie alors beaucoup d'énergie, de temps et d'argent pour lutter contre ce phénomène:

« Eliane : C'est vrai que j'ai un budget dermato important. J'utilise des

produits qu'on ne trouve qu'à Paris, New York ou Moscou. Ce sont des sérums purs qu'on met sur la peau et des crèmes également. »

Sont cités 3 fois : l'**ostéopénie** (“la perte du capital osseux”), l'**arthrose** et la **perte de tonus** avec une **asthénie**. Deux femmes parlent de **dépression**. Une dernière s'inquiète des pathologies **cardiovasculaires** pouvant survenir.

Rares sont les femmes qui évoquent une amélioration de leur santé. C'est le cas d'Irène pour qui la ménopause a mis fin aux troubles liés aux règles. Elle vit la ménopause comme un véritable bénéfice.

5 des 13 femmes interrogées estiment que leur santé n'est pas ou peu affectée par la ménopause et considèrent plutôt celle-ci comme un phénomène biologique naturel. Seules quelques bouffées de chaleur sont décrites.

Sept décrivent un impact plus important sur leur santé.

Ainsi, beaucoup d'effets secondaires sont cités par les femmes, qu'ils soient scientifiquement prouvés ou non. Mais nous notons que, à l'exception des bouffées de chaleur, l'évocation de ces pathologies ne se fait que tardivement au cours de l'entretien. Les femmes ne considèrent donc pas la ménopause uniquement sur un plan médical.

3.3.1.6. La ménopause dans le parcours de vie :

Nombreuses sont les femmes interrogées qui racontent la ménopause comme une **autre étape** de la vie. Elle survient alors comme une **suite logique** : l'arrivée des règles, la fécondité puis la ménopause. Au cours des entretiens, les femmes comparent souvent cette période à celle de la puberté avec l'arrivée des règles. Mais elle semble être une transition moins marquée. Les interviewées parlent de “cap”, “d'étape”.

« Colette : Ça fait partie des choses comme tout : on est réglée puis on a des enfants puis on est ménopausée...Ça fait partie du quotidien, c'est la vie. »

Trois femmes ont des propos plus radicaux et vont même jusqu'à parler de “grand changement”. Nous prenons alors conscience de l'impact possible de la ménopause dans la vie d'une femme.

« Annick : Eh ben, je trouve que c'est un changement complet, on va vers la vieillesse, on passe un cap. »

La ménopause correspond donc à la fin d'un cycle lié à l'arrêt de la fécondité dont il faudra faire le deuil. Elle s'accompagne aussi de modifications corporelles et est souvent vécue comme un chemin vers la vieillesse.

Mais il faut toutefois souligner que cette période de la vie correspond aussi à une mutation de l'environnement familial et social :

- les enfants sont grands et prennent leur envol, ils se marient.
- c'est aussi l'âge de la retraite pour certaines.
- naissance des petits-enfants et passage vers le statut de grand-mère.

Ces mutations engendrent donc un panel de sentiments. Ce sont à la fois des sentiments de soulagement grâce au départ des enfants ou au passage à la retraite. Les femmes sont libérées de certaines tâches du quotidien, ont plus de temps et peuvent se recentrer sur elles-mêmes. A l'inverse, ces mêmes événements peuvent aussi entraîner des sentiments de solitude et de dévalorisation.

Les naissances des petits enfants peuvent aussi les combler et les épanouir mais c'est aussi, parfois, un dur retour à la réalité de l'âge qui avance.

Nous citerons par exemple Geneviève, 54 ans. La présence d'un de ses enfants à la maison l'a aidée à l'arrivée de la ménopause. Son attention était reportée sur cet enfant et son rôle éducationnel l'aidait à se sentir encore jeune.

« JG : Quel sentiment autour de ça [la ménopause] ? Est-ce que ça été difficile ?

Geneviève : Non pas tellement difficile parce que j'ai encore une ado à la maison. Donc je suis encore dans le circuit au niveau de l'éducation des enfants. [Rires] »

Une autre, Léonie, raconte des sentiments ambivalents : la ménopause et le mariage des enfants sont arrivés à la même époque. Cette période a été à la fois fatigante et déprimante en raison, notamment, d'une impression de vieillissement. Mais l'arrêt des règles a été aussi vécu comme un soulagement, le départ des enfants ayant provoqué une vie différente, moins contraignante.

« JG : Qu'évoque pour vous la ménopause ?

Léonie : C'est les règles qui sont terminées alors c'est une délivrance aussi. On change de vie, c'est une étape. Puis les enfants sont grands, on les marie. [...] Moi j'en garde un très bon souvenir. Parce qu'on est libre, on peut faire ce que l'on veut.

JG : Donc c'est un peu ambivalent : entrée dans la vieillesse mais aussi une certaine liberté ?

Léonie: Oui, c'est ça. »

Les représentations sont donc souvent confondues et entremêlées. Il est donc important de prendre en compte cet environnement.

3.3.1.7. La ménopause au sein de la société :

- **un sujet tabou**

Cinq femmes décrivent la ménopause comme pouvant être tabou. Elle est souvent comparée avec la puberté : les adolescentes ont été peu informées sur l'arrivée des règles.

« Eliane : Ma mère m'avait quand même prévenue. Alors que, dans la famille, on avait été très pudique sur ce genre de sujet : je veux dire que, par exemple, quand j'ai eu mes règles je savais à peine ce que c'était; à part que ça allait arriver mais... Elle m'a dit que quand les règles allaient s'arrêter, elles allaient devenir plus abondantes... C'est tout ce que je savais à ce sujet. »

Elles relient cela à un problème générationnel qui s'estompe progressivement:

« Mariette : Ce sont des choses intimes, je veux dire, les gens de mon âge, on n'en parle peut-être pas aussi librement que maintenant. »

D'autres expliquent l'absence de discussion familiale par le fait, qu'à l'époque, les mères avaient d'autres préoccupations; la ménopause passait donc au second plan.

La ménopause peut être aussi un sujet délicat au sein du couple, notamment en raison des troubles sexuels. Ceux-ci sont à reconnaître et à accepter par la femme avant de pouvoir les révéler à son mari. Et puis, *“c'est pas le problème des hommes non plus, ils en ont d'autres.”*

De plus, le sujet de la ménopause semble pouvoir être abordé avec les amies mais rarement celui de la sexualité.

« Brigitte : Avec mes amies, on parle de la ménopause mais pas de la sexualité. Entre amies, jamais on se demanderait si on a encore des relations avec son mari. On n'en parle pas de ça ».

Enfin, il est parfois difficile d'aborder ces sujets avec le médecin. Nous développerons cette idée par la suite.

- **Un regard dur de la société**

Au sein de notre société, certaines femmes décrivent une dévalorisation liée à l'âge qui

avance. Certes, elles se sentent plus respectées mais elles dénoncent l'inégalité homme/femme face au vieillissement.

« Annick : De toute façon, le regard sur une femme qui vieillit est beaucoup plus dur que sur un homme qui vieillit. »

D'autres décrivent l'intolérance de leur entourage face aux changements apparus lors de la ménopause. En effet, Brigitte raconte l'attitude de son mari face à sa prise de poids :

« Brigitte : Je vais vous dire, j'ai toujours été très mince, je pesais 48 kg. Et puis, tout d'un coup, je me suis mise à grossir. [...] Je vois par exemple mon mari, c'est un monsieur plutôt fort mais il n'a jamais supporté que je prenne du poids parce qu'il m'avait connu comme ça. »

3.3.1.8. La référence à la mère et aux femmes

Beaucoup de femmes font référence à leur mère lorsqu'elles évoquent la ménopause.

D'abord, elles utilisent l'âge de début de la ménopause maternelle comme indicateur pour leur propre ménopause.

Ensuite, les jeunes femmes, avant d'être concernées, observent la ménopause de leur mère et s'instruisent à partir de ce vécu. Ainsi, les premières représentations de la ménopause sont souvent les images véhiculées par ces dernières. C'est le cas de Geneviève qui, à l'époque, avait été effrayée par les bouffées de chaleur maternelles :

« Geneviève : Je voyais ma mère qui avait toutes ces bouffées de chaleur. Je lui disais : waouh, c'est impressionnant ton truc! Elle me disait : tu verras, quand ce sera ton tour. »

A l'arrivée de la ménopause, Geneviève a alors été surprise de s'apercevoir qu'elle souffrait beaucoup moins de bouffées de chaleur que sa mère.

D'autres s'identifient à d'autres femmes de l'entourage comme les sœurs, les amies... Ainsi, Francine raconte que les expériences de ses collègues lui ont fait redouter la ménopause :

« Francine : Quelle horreur, je vais avoir des bouffées de chaleur... »

3.3.1.9. Disparité des vécus de la ménopause

Nous remarquons, dans le discours des femmes, une grande disparité quant à la perception de la ménopause. Nous pouvons les diviser en quatre catégories :

- Les positives

Certaines femmes sont convaincues des bienfaits de cette période et la vivent comme un soulagement.

Irène, 58 ans, a eu beaucoup d'ennuis personnels et familiaux durant sa vie et a été éprouvée par la périménopause. Elle apprécie alors l'aménorrhée dont l'apparition coïncide avec l'apaisement de sa vie privée et familiale.

« Irène : Parce que, entre la préménopause et pendant... jusqu'à temps que ça s'arrête, c'est horrible. Donc un grand soulagement. »

- **Les négatives**

Quelques-unes ont un regard plutôt négatif sur cette période et n'expriment qu'une accumulation d'effets néfastes. Geneviève, assistante de direction, relève ces points négatifs : vieillissement psychologique et corporel, bouffées de chaleur, perte de tonus, dépression... Il y a donc un véritable constat de dévalorisation.

- **Les neutres**

Quatre femmes ont un regard plutôt neutre. Durant les entretiens, elles racontent la ménopause avec peu d'affects. Deux d'entre elles ont une vie très chargée avec d'autres priorités. Khadija, 60 ans, est préoccupée par son lymphome ; la ménopause passe donc au second plan. Mariette travaillait beaucoup et n'avait guère le temps de prendre soin d'elle.

« Mariette : J'étais très occupée dans ma maison et en dehors, je ne me suis pas trop posée de questions. »

Les deux autres ont aussi pris une certaine distance par rapport à cette étape, notamment parce qu'elles n'ont pas subi d'effets secondaires gênants. C'est le cas de Janine, serveuse, qui s'intéresse peu à la ménopause et qui, de manière générale, préfère garder ses distances par rapport à tout ce qui touche à la santé. Elle ne raconte pas d'effets secondaires.

- **Les ambivalentes**

Elles représentent la majorité des femmes. Les sentiments sont ambigus, tiraillés par le confort procuré à la fois par l'arrêt des règles et par les désagréments accompagnateurs : effets secondaires, vieillissement... Les sentiments évoqués, qu'ils soient positifs ou négatifs, sont souvent exprimés avec véhémence. Brigitte s'exclame devant le soulagement procuré par l'arrêt des règles, elle attendait depuis longtemps cette période. Mais, durant tout l'entretien, elle exprime aussi une angoisse liée au vieillissement, à l'atteinte à la féminité et aux difficultés de communication autour de la ménopause.

Francine emploie un vocabulaire moins fort mais nous percevons à travers son discours un conflit intérieur. Le constat semble être plutôt négatif mais elle souhaite se convaincre des bienfaits de cette période et souhaite à tout prix "essayer d'être optimiste". Le verbe "essayer" est employé à plusieurs reprises.

« Francine : Alors ça pourrait être un petit peu triste mais j'essaie de relativiser. »

3.3.1.10. Conclusion d'étape

En conclusion, les représentations de la ménopause sont à la fois riches et ambivalentes.

Les femmes font d'abord référence au modèle médical en évoquant l'aménorrhée et la présence de symptômes rattachés à cet état.

Mais elles s'approprient aussi la ménopause comme un fait social. En effet, celle-ci s'inscrit souvent dans un contexte de mutation de l'environnement familial et professionnel. Et les représentations de l'état physiologique sont souvent confondues avec celles de l'environnement.

De plus, la ménopause s'accompagne parfois de la perte d'un capital symbolique liée à l'arrêt de la fécondité et à une certaine fragilisation de la féminité.

Or, le discours médical n'inclue pas cette définition sociale et symbolique. Nous émettons alors l'hypothèse d'une difficulté de compréhension mutuelle (médecin-patiente) et de prise en charge de la ménopause.

D'autre part, l'exploitation de ces résultats révèle une vision assez négative de la ménopause, les femmes portant un regard sévère sur leur situation. Nous nous attacherons donc, par la suite, au cours de la discussion, à analyser ce vécu et nous chercherons à en comprendre les mécanismes.

3.3.2. Le traitement hormonal de la ménopause

3.3.2.1. Les connaissances du THM par les femmes ménopausées

Les connaissances de ce traitement sont très variables d'une femme à l'autre : cela va de Léonie qui ne le connaît pas à Annick, ancienne infirmière, qui s'est beaucoup intéressée à ce sujet.

Nous remarquons que, globalement, le niveau de connaissances est meilleur chez les femmes prenant ou ayant pris le THM.

Selon les femmes interrogées, les bénéfices sont :

- L'arrêt des **bouffées de chaleur** (cité 7 fois). C'est le bénéfice le plus connu, même par les femmes non traitées.

Annick, Brigitte, Danièle, Eliane, Francine, Geneviève, Henriette

- Le ralentissement du **vieillissement cutané** (4 fois). Par exemple, Francine rapporte les propos de ses amies traitées :

« Francine : C'est vrai, elles me disent que ça les avait prolongées au niveau de la peau qui était restée plus jeune plus longtemps. »

Francine, Colette, Eliane, Mariette

- L'apport de **bien-être et confort** (4 fois)

Annick, Brigitte, Danièle, Henriette

- La prévention et traitement de **l'ostéopénie** (4 fois)

Annick, Eliane, Francine, Henriette

- L'amélioration des **sécheresses vaginales** (3 fois)

Colette, Danièle, Mariette

- L'allongement du temps de "**pseudo-jeunesse**" (2 fois)

« Annick : Le THM peut aider à conserver une apparence de jeunesse. »

Annick et Francine

- L'amélioration de la ligne avec préservation du **poids** (2 fois)

Colette et Mariette

- Le maintien du **tonus** (2 fois)

Francine et Geneviève

- La lutte contre la **dépression** (2 fois)

Geneviève et Mariette

- La prévention des **maladies cardiovasculaires** (1 fois)

Henriette

Les inconvénients ou effets secondaires cités sont :

- Le risque de **cancer du sein** (11 fois)

Toutes sauf Janine

- Les **métrorragies** (1 fois)

Ainsi, les bénéfices cités sont très nombreux. Certains ne sont d'ailleurs pas validés scientifiquement. La plupart d'entre eux concernent l'apparence et le bien-être. Par contre, peu de risques ou inconvénients sont mentionnés.

3.3.2.2. Quelques représentations

3.3.2.2.1. Le confort

Beaucoup de femmes rapportent la notion de confort à l'évocation du THM. Ce confort est ressenti grâce à l'éviction de quelques effets secondaires de la ménopause : bouffées de chaleur, sécheresses vaginales... mais aussi grâce à une impression de bien-être. Cela concerne particulièrement les femmes ayant un vécu ambivalent de la ménopause.

« Annick : En fait, j'en ai tiré de ne pas avoir changé, d'être bien dans mon corps. J'évite les bouffées de chaleur, je suis très très bien.

Danièle : Un bien-être parce que les sécheresses vaginales, c'est l'enfer! »

3.3.2.2.2. La sécurité

- Pour certaines, le THM évoque la sécurité. En effet, elles se sentent protégées contre les effets secondaires de la ménopause. Henriette, 59 ans, a été peu gênée par les bouffées de chaleur et ne se plaint que d'une prise de poids. Son médecin lui a proposé le THM en lui expliquant ses vertus contre l'ostéoporose et les maladies cardiovasculaires. Henriette a donc totalement adhéré au traitement et l'a pris en toute confiance. Mais, après quelques années de traitement et notamment suite à la polémique, son médecin lui a ordonné l'arrêt de ce médicament. N'étant plus protégée, elle s'est alors inquiétée de tout ce qu'il pouvait lui arriver.

« JG : Et le traitement évoque quoi pour vous ?

Henriette : Eh ben, au début, quand le médecin me l'a proposé, je me disais que c'était un confort, ça me rassurait quelque part. Parce qu'il me disait que ça me protégerait contre l'ostéoporose, contre les maladies cardiaques... Et je me disais pourquoi pas. Et comme je ne connaissais pas trop, je lui faisais confiance, parce que c'est mon médecin, il sait de quoi il parle. Et du coup, quand il m'a dit de l'arrêter, je me suis dit : « mince, je ne serai plus protégée des maladies cardiovasculaires... ». Et il m'a dit qu'il ne fallait pas toujours penser au pire tout de suite. Donc il a essayé de me rassurer. »

- Pour d'autres, le THM est aussi le moyen d'être suivi régulièrement sur le plan gynécologique. Le renouvellement d'ordonnance tous les 6 mois oblige la patiente à

consulter régulièrement le médecin. En l'absence de ce “*passage obligatoire*”, le suivi pourrait devenir plus aléatoire. C'est le constat que fait Geneviève. Même si elle a connaissance des possibles risques de cancer du sein, ce suivi la rassure.

« Geneviève : Plutôt positif. Car j'imagine quelqu'un qui arrive à 50 ans passés et qui est ménopausée, se dira : “oh ben , je n'ai pas besoin de gynécologue”. Donc il n'y a plus de visite, il n'y a plus de suivi régulier. Alors là, avec le renouvellement, je suis obligée d'y aller. »

3.3.2.2.3. Prolongement de l'état de "pseudo-jeunesse"

Cette représentation est encore souvent rapportée par les femmes ménopausées. Elle revêt différents aspects : *impression de "pseudo-jeunesse", ralentissement du vieillissement cutané, maintien du tonus*. Aussi, la persistance de “pseudo-règles”, après la ménopause, grâce à certains THM, contribue à cette impression de jeunesse persistante. Khadija raconte que le maintien des saignements menstruels permet de se sentir encore “normale” et autorise une transition en douceur vers la ménopause :

« Khadija : Mais bon, il n'y a pas une grosse rupture [en prenant le THM] même si ce n'est pas abondant comme une jeune fille de 20 ans. [...] Disons que comme, du coup, j'ai eu des règles pendant relativement longtemps [en prenant le THM], peut-être qu'on a l'impression d'être normale. «Normale» entre guillemets, hein. »

Remarquons que la notion de “normalité” grâce au THM est intéressante; cela peut sous-entendre que la ménopause est un état dévalorisant à combattre.

3.3.2.2.4. Le confort : oui... mais à quel prix?

Beaucoup de femmes s'inquiètent à propos du THM et quelques-unes s'interrogent sur la balance bénéfice-risque du médicament. Un des avantages les plus cités est celui du confort procuré. Brigitte révèle très justement la problématique :

« Brigitte : Peut-être, que, vouloir du confort à tout prix, ça ne va pas nous retomber dessus? »

Elle doute des connaissances sur ce traitement et des recherches faites à ce sujet. Elle remet donc en question le savoir médical et les propos de son médecin. D'ailleurs, elle pousse la réflexion encore plus loin : « *le THM agirait contre-nature* ». Il devient alors un médicament douteux :

« Brigitte : Encore un truc pour améliorer. »

« JG : Mais vous, vous en pensez quoi ? »

Brigitte : Je ne sais pas. Ça été très controversé quand même. Peut être qu'il faut laisser faire la nature. Encore un truc pour améliorer. Mais qui fait courir quel risque ? Quand on voit tous les cancers du sein ».

3.3.2.2.5. Les hormones : un mot effrayant

Danièle explique les réticences qu'elle avait par rapport au THM :

« JG : Pourquoi vous ne vouliez pas prendre le traitement au début ? »

Danièle : Parce que c'est un traitement hormonal quand même. On ne sait jamais ce que cela peut produire. »

Ces quelques mots révèlent bien les représentations circulant autour des “hormones”. Ce sont des produits qui seraient un peu mystérieux, mal maîtrisés par les scientifiques et dont on ne connaît pas bien les méfaits. Le THM peut donc faire écho à toutes ces craintes.

3.3.2.2.6. Un traitement banal

Pour une minorité de femmes, le THM est un traitement banal, égal aux autres médicaments. Janine ne s'intéresse pas au sujet de la santé et mène la politique de l'autruche : moins elle a de connaissances, mieux elle se porte. Elle a pris le THM pendant 2 ans sans savoir vraiment ce qu'il apportait et n'a jamais entendu parler de ce traitement par les médias :

« Janine : Je prends ce cachet comme je prends le cachet pour la tension voilà. »

Henriette et Mariette, quant à elles, ont beaucoup entendu parler du risque de cancer du sein. Mais elles comparent ce traitement aux autres produits chimiques que sont les médicaments : potentiellement à risques.

« Mariette : C'est comme tout médicament, il y a des risques. Il n'y a pas de zéro accident, ce n'est pas possible. »

Selon Mariette, la lecture des notices des médicaments effraie tout autant que celle des risques du THM relatés dans la presse.

« Mariette : C'est comme quand on lit la notice des médicaments, alors là quand on voit tout ce qui peut nous arriver, on se demande si on fait bien de prendre ce truc-là. »

3.3.2.3. Facteurs influençant la prise du THM

La prise de traitement est corrélée, dans notre étude, à plusieurs facteurs :

- Comme on pouvait s'y attendre, elle est tout d'abord corrélée à la **croyance en son efficacité**.

Nous avons dressé un tableau récapitulant l'attitude des femmes vis à vis du THM :

	Pro-THM	Indécises	Neutres	Anti-THM	Sans avis
Femmes de l'échantillon	4	4	2	2	1
Femmes (ayant été) traitées	4	1	0	0	1

Tableau 8 : Attitude des femmes face au THM en comparant les femmes traitées (ou ayant été traitées) à l'échantillon totale

6 femmes sont ou ont été traitées par le THM : 4 sont des “pro-THM”, 1 est “indécise” et 1 est n’a pas d’avis.

Nous remarquons d’ailleurs que toutes les « pro-THM » sont traitées. La prise du traitement est donc liée aux représentations des pouvoirs du médicament.

Cela s'accompagne souvent d'une confiance portée aux médecins et au progrès médical. En effet, 5 des 6 femmes traitées expriment, durant l'entretien, leur confiance dans le milieu médical. Seule Danièle est un peu plus sceptique et raconte porter autant d'importance aux propos de son médecin qu'à ceux de son entourage.

« JG : Quelles discussions ont été les plus importantes? »

Danielle : Autant le médecin que mon entourage. »

Annick, quant à elle, est “une irréductible” du THM. Elle a débuté le traitement dès l'arrivée de la ménopause en 1996 sans attendre d'être gênée par les symptômes. Elle est traitée par œstrogènes seuls, en raison d'une hystérectomie. Elle s'est donc peu inquiétée lors de l'annonce des résultats des études WHI et MWS. Le but de la recherche médicale étant d'améliorer la santé, elle pense donc pouvoir avoir confiance dans le traitement.

« Annick : Certaines personnes ont fait des recherches longues et aussi certains laboratoires, c'est pour ...nous aider. C'est pas pour

nous faire du mal. Enfin, je ne pense pas. La médecine est basée là-dessus. On voit les progrès qu'elle a fait. C'est pour aider le patient, c'est pas pour euh... »

- La prise de traitement est aussi liée au **vécu des effets secondaires** de la ménopause. Cinq des 7 femmes ayant souffert de bouffées de chaleur ont été ou sont traitées par le THM. Seule une des femmes traitées, Annick, ne souffre pas du syndrome climatérique. Par contre, la prise de traitement ne semble pas être corrélée aux représentations globales de la ménopause. En effet, que les femmes soient traitées ou non, il y a autant de représentations neutres, ambivalentes, positives ou négatives de la ménopause.
- Aussi, la prise du THM pourrait être liée à la **prise de pilule contraceptive** avant la ménopause. Comme l'explique Annick, actuellement, les femmes ménopausées de moins de 75 ans font partie de la “*génération pilule*”. Elles ont connu l'avènement de la pilule œstroprogestative et l'ont souvent acceptée. Beaucoup l'ont prise de nombreuses années. Le THM apparaît donc comme une suite logique.

« Annick : Eh bien, vous savez, je connaissais déjà tout ça puisque je suis de la génération pilule. Alors quand mon gynéco m'en a parlé [du THM], j'ai accepté. »

Khadija explique même qu'à l'époque, la contraception moderne avait été déjà très controversée. Aujourd'hui, c'est le THM qui est remis en question : les histoires se ressemblent, les connaissances évoluent. Et selon Khadija, cela ne sert à rien « *d'être rongée de remords* ».

- Par contre, on ne peut pas comparer l'influence du médecin généraliste sur la prise médicamenteuse par rapport à celle du gynécologue, étant donné le mode d'échantillonnage.

Bien sûr, ceci n'est pas une liste exhaustive. L'étude étant qualitative, réalisée à partir d'un nombre restreint d'entretien, cela ne permet pas d'étudier de façon complète et approfondie ces facteurs.

3.3.2.4. Au sujet de la polémique autour du THM

Les femmes rencontrées ont beaucoup entendu parler de la polémique. En effet, toutes connaissent ce débat sauf Janine et Léonie. Par contre, seul le risque de cancer du sein

a été retenu. D'ailleurs, deux femmes pensent que, suite à ces événements, le THM n'est plus commercialisé.

Elles en ont pris connaissance grâce aux médias, à leurs médecins, mais aussi grâce à leur famille et à leurs amies/collègues. Nous remarquons que ce débat a souvent été abordé avec les amies ou parfois les sœurs (ou belles-sœurs) alors que la ménopause est décrite comme un sujet plutôt tabou. En effet, la prise de THM par les femmes rencontrées a soulevé beaucoup de réactions de l'entourage et donc, beaucoup de discussions. Cette médiatisation a ainsi provoqué une certaine levée du tabou ainsi que l'intrusion de la famille et des amies dans l'intimité des femmes ménopausées.

Réactions face à la polémique chez les femmes non traitées par le THM

Ces controverses ont suscité beaucoup de parti pris chez les femmes non traitées par le THM. Certaines ont été soulagées de ne pas avoir pris ce traitement. Cela concernait principalement les femmes qui avaient constaté son efficacité chez leurs amies et qui hésitaient à le prendre. Pour d'autres, cela a conforté leur avis préalablement défavorable à l'encontre de ce médicament. C'est le cas de Colette qui était contre d'emblée en raison d'un antécédent de cancer du sein chez sa mère.

« Colette : J'étais déjà contre avant. Parce que ma mère avait eu un cancer du sein et, en plus, j'ai du cholestérol. Donc je m'étais dis que j'en prendrai pas. [...] Je me suis dit que heureusement finalement que ... »

La médiatisation de ces essais n'a fait que confirmer ses "à priori", malgré les propos plus modérés de son gynécologue.

D'autres sont restées indifférentes étant donné qu'elles n'étaient pas concernées.

« JG : Avez-vous entendu parler de la polémique ?

Brigitte : C'est vrai que je ne me suis pas trop intéressée parce que je n'étais pas concernée. »

Remarquons tout de même que, pour une minorité, ces débats ont jeté un doute sur les connaissances médicales et la confiance portée à leurs médecins :

« Brigitte : Les généralistes disent qu'il ne faut pas le prendre plus de 10 ans. Est-ce que c'est vrai ou non ? Est-ce qu'on ne sait pas bien ? Est-ce que c'est des idées reçues ? Est-ce que ça a été bien étudié ? »

Réaction face à la polémique chez les femmes traitées ou ayant été traitées

Parmi les 6 femmes traitées ou ayant été traitées, on peut noter que :

- 2 femmes prennent toujours le THM mais pour l'une d'elles, la posologie a été diminuée.
- 4 femmes ne sont plus traitées : 2 l'ont arrêté suite à la polémique (*Danielle et Henriette*)
1 ne connaît pas la raison de cet arrêt (*Janine*)
1 suite à l'annonce d'un lymphome (*Khadija*).

Jusqu'à présent, les avis divergeaient beaucoup et les représentations (que ce soit sur le thème de la ménopause ou du THM) étaient très riches. A l'opposé, les propos au sujet de cette polémique sont abondants mais assez pauvres et stéréotypés.

- Certaines femmes se sont tout d'abord inquiétées. En effet, l'importante médiatisation et l'abondance des discussions à ce sujet ont été parfois source d'anxiété. Comme dirait Danièle :

« Danielle : Tout simplement, à force d'entendre le quand-dira-t-on, on est un peu soucieux au début. »

Quelques-unes se sont alors senties un peu perdues. Cela a motivé une consultation chez le médecin qui, souvent, les a rassurées. C'est le cas d'Annick, sous œstrogènes seuls, qui a été un peu effrayée. Puis elle s'est renseignée et a compris qu'un traitement par œstrogènes seuls n'était pas à risque. Elle a quand même consulté son gynécologue qui a diminué la dose de son médicament.

« JG : Qu'avez-vous entendu de la polémique ?

Annick : Alors, j'avais compris que c'était l'addition des œstrogènes et des progestatifs qui posait un problème mais pas les œstrogènes seuls, je ne voyais donc pas pourquoi j'aurais du arrêter. Alors bien sûr, je me suis inquiétée au départ mais j'ai bien écouté ce qui se disait et j'ai compris que je n'étais pas concernée. Ça m'a quand même poussée à consulter un gynéco que je ne voyais plus. J'en ai donc discuté avec lui et on s'est mis d'accord pour diminuer le traitement. D'ailleurs j'ai une amie qui justement prenait les 2 et elle a eu un cancer du sein. Si j'avais pris la combinaison des 2, j'aurais arrêté. »

Parfois, elles ont arrêté le traitement suite aux conseils de leur médecin.

- D'autres n'ont pas été tourmentées. Cela concerne surtout les femmes qui étaient régulièrement suivies et donc conseillées par leur médecin. C'est le cas de Khadija qui ne prend plus le THM depuis 1 an suite au diagnostic d'un lymphome. Elle est consciente de l'évolution perpétuelle des connaissances. Les résultats des études WHI et MWS ne l'ont pas inquiétée pour autant :

« Khadija : Je sais bien qu'il y a tellement de choses, on vous dit quelque chose et puis après, on revient dessus. Non, je ne me suis pas

précipitée chez le gynéco en disant : arrêtez mon traitement tout de suite! »

N'ayant pas de connaissance médicale, elle ne se sent pas apte à porter un jugement et se fie à l'avis de son médecin.

D'ailleurs, le refrain emprunté par les médias ainsi que par des médecins français est largement réemployé par les femmes elles-mêmes.

« Henriette : Quand elle [une amie] a su que j'en prenais un, elle m'a dit qu'il fallait que j'arrête. Et je me souviens de ma réponse : vous savez, c'est une étude faite sur des américaines qui sont des femmes assez fortes, qui n'ont pas la même alimentation et qui ont un autre style de vie... donc c'est pas forcément sur les françaises. Donc il ne faut pas faire une psychose quand même, il ne faut pas généraliser. »

Ces discours un peu stéréotypés révèlent bien le ressassement médiatique et les nombreux entretiens des femmes auprès de leur médecin.

Mais beaucoup ont un point commun : la confiance dans le corps médical. Il n'y a pas eu de réactions irrationnelles à priori : elles ont été rassérénées par les praticiens. En fait, il semble que l'arrêt des traitements soit surtout lié à la demande des médecins plutôt qu'à celle des patientes. Par exemple, après 8 années de traitement (en 2003), le médecin de Danièle avait prôné l'arrêt du traitement. Mais devant l'insistance de la patiente, il lui prescrivait toujours. Il a fallu la répétition de ce même discours par un médecin remplaçant et surtout par une voisine pour qu'enfin, elle se décide à l'arrêter.

« Danièle : Mais le docteur m'en avait parlé quand même un petit peu. Il m'avait dit qu'au bout d'un certain temps, il fallait peut être essayer d'arrêter. Un jour, je suis tombée sur un remplaçant qui m'avait dit qu'il fallait ralentir un petit peu et espacer progressivement les patchs pour au final l'arrêter.

JG : Pourquoi? Parce qu'il pensait aux effets secondaires?

Danielle : Oh non à ce moment là, je ne me posais plus de question. A ce moment là, je ne pensais plus aux effets secondaires. Ah si.... Enfin, moi j'y pensais pas mais j'ai une amie qui prenait un traitement et elle m'a dit : “vous savez moi, mon médecin m'a fait arrêter le patch parce que, quand même, il y a des risques de ...” Vous savez, c'était une période où on recommençait à parler du risque de provocation de cancer du sein, entre autres avec le traitement. »

3.3.3. L'information des femmes ménopausées

La controverse sur le THM a eu des répercussions sur les représentations qu'ont les femmes ménopausées de ce traitement. Il semble alors intéressant d'étudier comment les femmes ont pris connaissance de cette polémique, c'est-à-dire évaluer leurs différentes sources d'information.

Les sources d'information médicale citées spontanément par les femmes rencontrées sont :

- **Le médecin** (cité 12 fois) est la source d'information majoritairement nommée. Pour certaines, c'est la source d'information principale.

« JG : Si vous avez des questions en matière de santé, vous faites quoi ?

Janine : Ben si j'ai un problème je vais voir mon médecin. Je lui dis :

« j'ai mal là et j'ai mal là... [...] C'est la seule personne que je parle de tout. Voilà. Même si j'ai des problèmes, je lui parle. Mais c'est vraiment le seul. »

Mais souvent, le médecin n'est pas cité en premier et il n'arrive qu'après certains médias.

Cité par toutes les femmes sauf Irène

- **Les journaux** (cités 11 fois) : la presse féminine (*Elle*,...), les journaux plus spécialisés (*Pleine Vie*, *Notre Temps*), les journaux d'information générale (*Le Monde*, *Libération*...). Il s'agit d'abonnements et de journaux achetés ou consultés occasionnellement.

« Brigitte : Je lis "Notre temps", il y a beaucoup de choses même si au départ, je disais que c'était un truc pour les vieux. Mais c'est intéressant. »

Cités par toutes sauf par Janine et Mariette

- **La télévision** (cité 8 fois), grâce notamment aux émissions médicales.

Brigitte, Colette, Francine, Geneviève, Henriette, Irène, Khadija, Mariette

- La radio (cité 6 fois) : *France Inter*, ...

Annick, Eliane, Francine, Geneviève, Henriette, Mariette

- **Internet** (cité 6 fois). Ce média est encore mal maîtrisé par la majorité des interviewées.

« Danielle : Non pas du tout internet, mon fils nous a assez cassé les oreilles avec ça. »

Une minorité l'utilise aisément.

« Annick : En fait c'est surtout via internet en utilisant Google et je cherche des sites médicaux plutôt que ce qui est grand public. Toute la presse, je la lis sur internet. »

D'autres femmes commencent à s'initier à cet outil mais elles avouent n'être pas assez habiles pour l'utiliser à des fins précises.

« JG : Et vous avez internet ?

Henriette : Oui

JG : Et vous allez chercher des informations de santé ?

Henriette : Non, pas encore, c'est tout nouveau pour moi; je tâtonne pour l'instant. »

Souvent Internet est cité après les autres médias, les femmes n'ayant encore pas ce réflexe. Les sites les plus utilisés sont *Doctissimo* et le moteur de recherche *Google*. Francine, qui a une formation paramédicale, utilise quant à elle, *Pubmed*. Ses critères de jugement de la pertinence des informations sont : un site connu, les propos d'un médecin ou d'un professeur...

« Francine : Je commence toujours sur Google. Et puis ça dépend : si je cherche des articles scientifiques, je vais sur Pubmed par déformation professionnelle. Ou autrement, je vais dans Google et on trouve tout.

JG : Mais vous faites une sélection sur ce qui vous paraît plus ou moins pertinent ?

Francine : Ah ben oui, y a des blogs, on voit bien s'il y a du bon ou non. Il y a certains blogs où les gens parlent de leur santé mais il y a du bon et du moins bon.

JG : C'est quoi les signes qui vous orientent ?

Francine : Ben, si il y a des noms de médecins ou... si il y a un professeur Untel ou des spécialistes. Mais quand on voit qu'il y a que des anonymes qui écrivent ou... mais souvent, ils parlent de symptômes ou autres. C'est vrai, s'ils les ont. Mais après, pour les soins ou autres, on aura plutôt tendance à aller sur des sites plus sérieux. »

Annick, Brigitte, Francine, Geneviève, Khadija, Mariette

- **La famille** (citée 3 fois) peut être aussi une source d'information, que ce soit la mère, les sœurs ou les belles-sœurs.

Colette, Danièle, Henriette

➤ **Les amies** (citées 3 fois)

Annick, Brigitte, Eliane

➤ **La bibliothèque** (citée 2 fois). Eliane et Khadija vont au rayon “santé” de la bibliothèque si besoin.

Eliane et Khadija

➤ **Le dictionnaire médical** (cité 2 fois)

Brigitte et Eliane

➤ **Les collègues** (citées 1 fois)

Francine

3.3.3.1. Les médias

Ainsi, les médias occupent une grande place dans l'information des patientes. Globalement, les femmes apprécient la richesse des informations mises à disposition par les médias. Elles opposent ce phénomène à la pauvreté des informations qu'elles avaient à l'époque de leur adolescence. Certaines sont entièrement satisfaites de ce mode d'information. Brigitte raconte :

« Brigitte : Par exemple, si on veut connaître son corps : avant, on ne nous expliquait pas, c'était tabou. Moi, à 13 ans, ma mère m'avait à peine expliqué que j'allais avoir mes règles. Alors que, maintenant, on est envahi. Si on veut connaître son corps, on peut. »

Notons le fort terme employé par cette femme : « on est envahi »!

En effet, pour d'autres, les médias sont tombés dans l'excès inverse : une trop grande abondance d'informations dont il est difficile d'échapper. Les femmes ont globalement un regard assez critique sur les médias: six femmes émettent des réserves sur certaines informations véhiculées par ces derniers.

« Geneviève : Une bonne information ? C'est difficile, je trouve que c'est difficile de dire que c'est une bonne information parce que rapportée par des journalistes. Pourtant j'ai un fils qui est journaliste mais euh... Non, c'est assez difficile. Ou alors, il m'arrive d'écouter le samedi si je suis à la maison. C'est une émission sur Europe 1. Quand c'est un médecin qui parle : OK. Mais quand vous prenez des articles, je trouve que c'est peut-être plus dans la presse écrite que... voilà. »

La majorité des critiques portent sur Internet. Les informations très abondantes, parfois de sources douteuses, ne sont pas hiérarchisées. Etant en accès libre pour tous, elles ne sont pas

toujours adaptées au lecteur. Annick emploie un vocabulaire puissant à ce propos :

« Annick : Je trouve que les médias sont en règle générale de très mauvais conseils. Ils divulguent des choses, ils ont un pouvoir éhonté en médecine ou autre d'ailleurs, c'est lamentable. Ils retournent les gens... »

D'autres ont un discours plus modéré. Khadija, étant atteinte d'un lymphome, est allée s'informer sur Internet : les informations trop nombreuses et détaillées lui ont fait l'effet d'une "douche froide".

« Khadija : Je suis retournée dernièrement sur internet parce que j'ai un problème de doigt en ressaut. Et du coup, je suis retournée sur le site "Lymphome France Espoir". J'ai retrouvé ça et du coup j'ai regardé. Et du coup, j'avais mal au coude car j'avais jamais réalisé qu'il y avait des ganglions dans le coude. Et du coup, j'ai arrêté. Puis, j'ai dit : "allez, stop" ».

3.3.3.2. L'entourage

Notons que les amies et la famille sont très peu citées comme sources d'information. Pourtant, durant les entretiens, elles sont omniprésentes et les mères, les sœurs et les amies sont souvent évoquées. Mais les informations délivrées par l'entourage sont souvent des informations obtenues de façon passive, difficilement mesurables et reconnaissables.

« Francine : Si, moi, j'ai des amies de vacances plus anciennes, on parle beaucoup pendant les vacances au bord de la mer. Il y avait 2 ou 3 dames qui avaient eu le traitement avec le patch ou dans le nez.... C'est vrai, elles me disent que ça les avait prolongées au niveau de la peau qui était restée plus jeune plus longtemps et autres... Mais elles avaient été obligées de l'arrêter d'ailleurs un jour ou l'autre. »

Aussi, il est difficile d'en mesurer l'impact qui semble pourtant significatif : la pression de l'entourage et du « qu'en-dira-t-on » est, comme on l'a vu précédemment, non négligeable sur les représentations du THM.

« JG : Le traitement était associé à quel sentiment? De peur?

Danielle : Non, pas de peur. Mais simplement à force d'entendre le «quand-dira-t-on», on est un peu réticent au début. »

De plus, nous avons remarqué que les femmes de l'entourage semblent être une source d'information importante en matière de traitement alternatif comme la phytothérapie ou

l'homéopathie. C'est le cas de Francine qui, ayant une contre-indication à la prise de THM, comptait sur ses collègues de travail pour lui indiquer d'autres traitements en cas de bouffées de chaleur.

Francine : « Et puis, comme j'ai des collègues qui sont très « natures », très « naturopathie »... Alors pour les bouffées de chaleur, elles m'avaient dit qu'elles avaient pris de la sauge ou des huiles essentielles... Alors je m'étais dit que je ferais pareil et puis je n'en ai pas eu besoin. »

3.3.3.3. Les médecins

La majorité des femmes sont satisfaites des informations données par leur médecin. Comme nous l'avons développé auparavant, la relation médecin-patiente a eu un rôle fondamental lors de la polémique. L'émergence des débats médiatisés sur le THM a souvent poussé les femmes à consulter leur médecin : elles ont globalement été rassurées. Pour la majorité des interviewées, le corps médical ne semble donc pas avoir été discrédité par la remise en question du THM. Par exemple, Henriette est contente de la relation avec son médecin : le dialogue est ouvert, facile et elle semble avoir été bien informée sur la ménopause. Henriette s'exclame :

« Henriette : Je lui fais totalement confiance. [...] Moi, de toute façon, je me base sur ce que dit mon médecin, sur son avis médical uniquement. »

Seules trois femmes racontent une relation un peu plus difficile avec leur médecin. Ce sont surtout les femmes qui considèrent la ménopause comme un sujet délicat, difficilement abordable. Si le médecin n'aborde pas le sujet lui-même au cours de la consultation, la patiente n'osera pas le faire elle-même. D'ailleurs, le médecin tient un rôle important dans ce contexte : le sujet étant souvent tabou avec l'entourage, le médecin devient donc le seul interlocuteur possible. Citons l'exemple de Brigitte, 63 ans. Elle souffrait de sécheresse vaginale sans oser en discuter ni avec son mari ni avec son gynécologue habituel. Ce fut grâce au médecin généraliste (femme) que la situation se dénoua :

« JG : Alors, au sein de la consultation, y a-t'il besoin de devancer les questions? »

Brigitte : Oui, peut être qu'il y a des femmes qui posent les questions. Mais c'est vrai que mon gynéco ne m'avait jamais parlé de sexualité en 20 ans de suivi. Mais le Dr F. [son médecin généraliste] l'a fait rapidement. Elle m'a dit : « où en êtes-vous dans votre sexualité? »

Deux d'entre elles expliquent d'ailleurs cette difficulté de dialogue au sein de la consultation médicale par le genre féminin ou masculin du médecin.

« Geneviève : Je pense qu'un gynécologue homme, ne percevant pas ces symptômes, a un peu plus de difficulté à donner un traitement. »

Enfin, certaines insistent sur le besoin d'être préparées à l'arrivée de la ménopause. Elles ont besoin d'écoute, de discussions avec leur médecin et surtout elles souhaitent être rassurées.

« Brigitte : Le gynécologue devrait en parler. A 40 ans, on arrête la pilule et on met un stérilet puis après on devrait aborder le sujet. J'aurais aimé qu'on me rassure. Qu'on me dise : « bon, c'est ça la ménopause, c'est pas grave, y a des moyens pour y remédier, et puis c'est un état, c'est pas une maladie. C'est comme quand on est ado et qu'on va avoir ses règles. C'est pas la fin de la vie ». C'est être rassurée. "Votre sexualité pourra continuer, on a des moyens de confort." ».

« JG : Comment améliorer la consultation ?

Annick : Prendre du temps, avoir de l'intérêt pour ce sujet, bien expliquer aux patients, parler aussi de l'ostéoporose. »

4. DISCUSSION

4.1. A propos de cette étude

4.1.1. Une étude originale

4.1.1.1. Par le sujet et la population étudiée

Beaucoup d'études ont évalué l'impact de la publication des résultats de l'étude WHI en termes de consommation ou de prescription du THM, à l'aide d'enquêtes par questionnaire auprès des médecins ou des femmes de tout âge. Mais peu d'enquêteurs ont réalisé des études qualitatives en interviewant, à l'aide d'entretiens, les femmes ménopausées elles-mêmes. Notamment, peu d'études ont essayé d'évaluer l'impact des médias et de l'industrie pharmaceutique sur les représentations qu'ont les femmes de la ménopause et du THM.

4.1.1.2. Par le type de travail réalisé

Nous avons choisi d'étudier, de manière qualitative, les représentations et le vécu des femmes face à la ménopause et au THM. Comme l'explique le Docteur Monloubou³³, la recherche qualitative se développe de plus en plus en médecine et notamment en soins primaires. *Cette approche reste aujourd'hui encore marginale, dans sa réalisation mais aussi dans la reconnaissance de sa validité. D'une part, concernant sa réalisation, une étude par entretiens semi-dirigés nécessite un travail important depuis la réalisation des entretiens, en passant par la retranscription et par l'analyse d'un corpus souvent important. D'autre part, la validité des résultats obtenus par cette méthode demande encore beaucoup de justification et manque de reconnaissance dans une conception médicale où l'approche quantitative prédomine.* Il y a donc, pour nous, un enjeu à nous appuyer sur cette méthode encore nouvelle mais adaptée au sujet que nous avons choisi.

4.1.1.3. Par la richesse des données recueillies

Les femmes interviewées ont été choisies pour répondre aux caractéristiques que nous avons déterminées au préalable pour la constitution de notre échantillon. Ainsi, nous avons eu accès à une diversité de situations, de vécus et de représentations. Le guide d'entretien nous a permis d'aborder plusieurs thèmes ayant trait à notre sujet.

4.1.1.4. Rigueur et qualité en recherche qualitative

Plusieurs critères de validité et de pertinence ont été décrits.³⁶

- Validité interne et externe

Un des principaux critères de validité est l'arrivée à saturation des modèles. Dans notre étude, les modèles se sont dégagés progressivement. Au début, ils étaient flous et sans cesse remis en cause par de nouvelles observations puis ils sont devenus nets et stables, arrivant jusqu'à une certaine saturation. Cela a donc valeur de validité interne.

D'autre part, *le problème dans la présentation des analyses qualitatives repose objectivement sur le volume de données utilisables et disponibles et la relativement grande difficulté rencontrée par le chercheur de résumer les données qualitatives. Il est important que la présentation de la recherche permette au lecteur le plus possible de distinguer les données et l'interprétation.* Ainsi nous avons mis les citations issues du corpus en italique pour une meilleure lisibilité. Nous avons ainsi minimisé les biais liés au chercheur dans la présentation des résultats.

Ensuite, nous avons assuré la fiabilité de l'analyse par un rapport méticuleux des interviews ainsi que par une explication, dans le chapitre « Méthode », du processus d'analyse. Nous avons aussi mis l'accent sur la qualité de l'argumentation, essentielle à la garantie de la validité des résultats.

Enfin, nous avons comparé nos travaux aux données de la littérature, notamment aux autres études qualitatives se rapprochant de notre sujet. Nous avons pu constater la cohérence de nos résultats. Ceux-ci seront détaillés par la suite lors de la discussion des résultats.

- Pertinence

*Une recherche est pertinente si elle apporte des connaissances ou augmente le degré de confiance avec lequel cette connaissance est regardée. Une autre dimension importante de la pertinence est l'étendue à laquelle les résultats peuvent être généralisés, au-delà du contexte dans lequel ils ont été trouvés. Pour cela, il faut s'assurer que le compte-rendu de recherche est suffisamment détaillé pour que le lecteur soit capable de juger s'il peut ou non appliquer les résultats à des cas similaires.*³³

Ainsi définie, notre recherche est pertinente. En effet, elle apporte des connaissances fondées sur les représentations et le ressenti des femmes face à la ménopause et au THM.

D'autre part, cette recherche obtient des résultats assez homogènes malgré la diversité des femmes. L'exploitation de ces résultats pourrait permettre aux médecins de reconnaître le profil des femmes ménopausées qu'ils suivent, d'identifier leurs ambivalences, leurs peurs et leurs convictions afin de mieux les prendre en charge.

4.1.2. Les limites et les biais de cette étude

4.1.2.1. Biais liés au mode d'échantillonnage

Les femmes interviewées étant recrutées par leur médecin peuvent se positionner en tant que patiente lors de l'entretien. Pour limiter cela, les entretiens ont été réalisés au domicile des femmes interrogées et nous nous sommes présentée comme étudiante. Malgré cela, certaines femmes (comme Annick) nous ont interpellée en tant que médecin. Elles souhaitent obtenir des informations d'ordre médicales. Cette situation nous a mis mal à l'aise jusqu'à ce que nous comprenions qu'aucune des rencontres n'était à priori fortuite. En effet, les personnes acceptaient de participer à l'étude pour des raisons précises. La question : « pourquoi les gens participent-ils à des entretiens? » est donc d'un intérêt central dans l'analyse des résultats. Et cette réponse est à rechercher probablement dans la cohérence globale des discours.

4.1.2.2. Biais liés à l'interviewée

Nous pouvons identifier certains biais qui diminuent la qualité de l'information recueillie. Il s'agit³³ :

- *De la capacité ou non d'extraversion des femmes interrogées (association d'idées, capacité de pensées, etc.).* Pour certaines, le manque de temps et de disponibilité a pu limiter la production d'un discours plus personnel. C'est le cas par exemple de Janine, serveuse, qui nous a reçue dans son bar entre 2 clients. De plus, pour certaines, le fait d'avoir été rencontrées à leur domicile en présence de leur mari a peut-être limité les discours les plus intimes. Lors de l'entretien avec Danièle, son mari qui était dans une pièce différente rectifiait parfois les propos de sa femme.
- *De la capacité à rester dans le sujet de la recherche (hors sujet).* Ce biais a pu être limité par le caractère semi-dirigé de la méthode. Le fait d'interroger les femmes sur le thème de leur santé a induit chez certaines des développements très à distance de notre sujet. Nous avons alors écarté de notre analyse certains de ces passages.
- *De la participation psychologique ou non des propos.* Certaines femmes interrogées ont eu des difficultés à parler de leur propre expérience, de leur propre ressenti, de leur intimité. Elles sont alors restées à des généralités.
- *Des mécanismes de défense déployés par l'interviewée (fuite, rationalisation, projection, introjection, identification, refoulement, renversement, oubli, etc.).* Ce biais est plus difficile à identifier mais est sans aucun doute présent dans nos entretiens. Ce sont en même temps des dimensions analysables de l'étude.

4.1.2.3. Biais liés à l'interviewer

Le fait que le chercheur soit médecin pourrait limiter les confidences des femmes interrogées notamment sur les possibles insatisfactions qu'elles ont à l'encontre de leur médecin en matière de communication et d'information. Cela pourrait, comme nous l'avons ressenti parfois, leur donner l'impression d'un contrôle de connaissance sur la ménopause et le THM. On nous a plusieurs fois dit : *“vous savez, vous auriez probablement mieux fait de choisir quelqu'un d'autre!”*

De plus, on peut imaginer que cela a poussé les femmes à avoir un discours plus “médicalisé” de leur ménopause. Mais le fait de se présenter comme étudiante en médecine et de rencontrer les femmes chez elles, et non au cabinet de leur médecin, a limité ces biais, évitant alors la transposition à une consultation médicale.

Par contre, comme nous l'a fait remarquer Brigitte, la différence d'âge et de vécu a probablement limité les confidences de peur d'être jugée ou mal comprise. Mais cela a toutefois été limité par le fait que l'interviewer soit un « apprenti médecin ».

Les perspectives théoriques du chercheur et ses intérêts influencent l'ensemble du processus de recherche. Les préjugés n'impliquent pas forcément des biais, aussi longtemps que les chercheurs les clarifient pour eux-mêmes et pour les lecteurs. Le risque est de diriger le dialogue et l'interprétation à partir de ses propres opinions et sentiments. Notre opinion et nos hypothèses ont pu effectivement être dévoilées par la formulation de certaines de nos questions, mais de moins en moins au fur et à mesure que nous prenions de l'aisance dans la réalisation de l'interview.

Enfin, nous avons regretté notre manque de savoir-faire nécessaire au bon usage de la méthode. Nous avons utilisé l'entretien compréhensif pour la première fois lors de ce travail. Nous n'avons aucunement la prétention d'égaliser le travail d'un chercheur en sciences humaines.

Nous nous sommes confrontée à plusieurs problèmes. Le premier a été la réalisation des entretiens. Il a été difficile d'adopter le juste degré d'implication lors des interviews, une implication faible entraînant une moindre implication du participant et l'excès inverse tendant vers la conversation simple et perdant en profondeur. Enfin, l'analyse des résultats s'est révélée être une démarche plus complexe que ce que nous attendions, étant donné l'abondance des informations.³⁸

4.1.2.4. Biais liés aux stratégies d'écoute et d'intervention

Le processus d'interaction et d'influence lié aux stratégies d'écoute et d'intervention est au cœur de la problématique des effets de biais dans l'entretien. Selon l'échelle d'analyse de la

technique d'entretien de White³⁵, nous pouvons identifier des stratégies d'intervention des moins directives au plus directives :

- *Marquer des encouragements*
- *Renvoyer à des remarques faites par l'interviewé*
- *Enquêter sur la dernière remarque de l'interviewé*
- *Enquêter sur une idée précédant la dernière remarque*
- *Enquêter sur une idée exprimée plus tôt dans l'interview*
- *Introduire un nouveau thème*

Nous pouvons retrouver chacune de ces stratégies dans nos différents entretiens. Nous avons ainsi alterné des phases plus directives pour que tous les thèmes de notre guide d'entretien soient abordés et des phases non directives pour faciliter l'expression libre de la personne interrogée et soutenir son discours.

Certains pièges n'ont pas pu être évités. Le plus souvent, il s'agissait d'interruptions extérieures par des appels téléphoniques. Nous avons par contre évité de donner notre propre avis sur le sujet, exercice délicat lorsque l'interviewée nous interrogeait.

4.1.2.5. Biais liés à la retranscription des résultats

Pour certains, la retranscription intégrale des résultats peut engendrer une perte d'informations telles que l'intonation, les émotions, certaines intentions qui en résulte. J. C. Kaufmann³⁷ préfère travailler sur le matériel sonore.

4.2.DISCUSION DES RESULTATS

4.2.1. La ménopause

4.2.1.1. La disparité des représentations

Nous avons vu précédemment que les représentations de la ménopause forment un continuum s'étendant sur un large registre, allant d'un constat négatif à une étape positive. Le plus souvent, nous constatons une instabilité des représentations et des affects c'est à dire que la ménopause est vécue avec ambiguïté entre un sentiment de libération et celui de vieillir. Daniel Delanoë fait le même constat. Dans son étude³⁹, 39% des femmes interrogées ont des représentations plutôt négatives de la ménopause, 17% des représentations positives et 44% neutres^v. Cela correspond à nos résultats même si notre étude qualitative n'a aucune prétention statistique.

Pour échapper à cette polysémie, D. Delanoë³ a construit un modèle de représentation de la ménopause en définissant une combinaison de cinq dimensions affectées chacune d'une valeur négative, nulle, positive ou encore ambivalente. En associant diversement chacun de ces thèmes, nous retrouvons les représentations des 13 femmes rencontrées dans notre étude. Les cinq dimensions sont donc :

- **L'arrêt des règles.** Souvent c'est la "*fin de l'horreur*". Pour environ $\frac{3}{4}$ des femmes dans l'étude de D. Delanoë, l'arrêt des règles est satisfaisant sur un plan pratique et marque la fin d'un problème contraignant. Cela peut être aussi "*l'horreur de la fin*". Il y a là un sentiment de perte symbolique sachant que pour une majorité de femmes (67%), les règles constituent un élément essentiel de l'identité féminine. Parfois, cela se passe dans l'indifférence.
- **L'arrêt de la fécondité.** Si une large proportion des femmes (42%) se déclarent plutôt indifférentes à l'arrêt de la fertilité, un tiers d'entre elles a des idées ambivalentes. Elles sont partagées entre le regret et le sentiment de libération. Ne plus risquer de tomber enceinte peut représenter un avantage considérable. La perception d'une perte significative, suscitant uniquement le regret, est cependant très rare (3%).
- **L'évolution du capital santé.** Les femmes interrogées évoquent rarement une amélioration de leur santé, à l'exception de quelques-unes pour qui la ménopause a

^v Étude réalisée en France avec une soixantaine d'entretiens approfondis et 1700 questionnaires auprès de femmes de 45 à 65 ans entre 1995 et 1997

mis fin à des troubles liés aux règles (migraines, ménorragies). Un peu plus d'un tiers des femmes estime que la ménopause peut entraîner des problèmes de santé, 30% parlent de troubles physiques et 9% de troubles psychiques.

- **L'évolution du capital esthétique.** Cela s'étend dans un large registre allant de la perte minimale à la perte importante.
- **L'évolution du capital symbolique** ou la valeur sociale. Dans le discours dominant, la ménopause induit une perte de valeur : la fin de la jeunesse et la fin de « l'être femme ». Pourtant, 73% des femmes pensent qu'elles sont ou seront aussi séduisantes qu'auparavant. Pour d'autres, cela peut être un gain de statut très satisfaisant.

Par ailleurs, dans notre étude, les femmes font référence au modèle médical de la ménopause (arrêt des règles, troubles climatiques). Mais, dans leur discours, la ménopause est devenue aussi un « fait social ». En effet, la ménopause est racontée comme une étape de la vie qui se confond avec une transformation des rôles et de la valeur sociale des femmes (le passage à la retraite, au statut de grand-mère, départ des enfants du domicile familial...). Nous constatons donc un hiatus entre la définition médicale de la ménopause et la définition par les femmes elles-mêmes de la ménopause. On peut alors émettre l'hypothèse que ce hiatus, s'il n'est pas pris en compte, peut engendrer au sein de la consultation une difficulté de compréhension mutuelle et donc, de prise en charge.

4.2.1.2. La référence à la mère

Concernant la ménopause, les femmes ont peu de personnes à qui se référer. Comme nous l'avons vu dans notre étude, la mère est très souvent citée au cours des interviews et elle semble être une figure centrale d'identification et de repère. Pourtant les paroles entre mère et fille circulent dans peu de cas. Elles ont reçu l'expérience de leur mère, malgré elle, par la vue : celle des symptômes externes comme les bouffées de chaleur. C'est le cas de Geneviève dont les représentations ont été conditionnées par la manière dont sa mère a vécu la ménopause :

« Geneviève : Je voyais ma mère qui avait toutes ses bouffées de chaleur. Je lui disais : waouh, c'est impressionnant ton truc! Elle me disait : tu verras, quand ce sera ton tour. »

V. Vinel⁴⁰ évoque d'ailleurs que cette notion de vue, de regard fait écho au vocabulaire des règles : en zone rurale française, “voir” désignait les règles (Verdier, 1979 : 186); on entend encore dire que l'on “voit ses règles”. Les femmes en période de ménopause

se remémorent la ménopause de leur mère sous cet angle de vision, lorsqu'elles l'ont vue transpirer, ou *“vraiment rouge”*. Le désagrément des bouffées de chaleur telles qu'elles les ont vues chez leur mère, leur fait craindre la ménopause. Et la sociologue explique même que ce rouge du visage fait miroir au rouge du sang. De plus, dans les représentations rurales, les bouffées de chaleur remplacent, dans l'expurgation du sang, le sang des règles : *“c'est le sang qui monte à la tête”* rapportent les femmes du Languedoc (Moulinié, 1997 : 133). Voir les bouffées de chaleur s'apparente alors à voir, plus ou moins métaphoriquement, le sang des règles, ce qui est particulièrement mal ressenti.

Ainsi, elle nous fait remarquer qu'il y a une grande ambivalence entre les générations concernant le sang menstruel, qu'il s'agisse de leur avènement ou de leur interruption. Et, pour la majorité des femmes, l'évitement de discussion sur le sang des règles prévaut. V. Vinel émet plusieurs hypothèses⁴⁰ :

1. l'analyse du conte du *Petit chaperon rouge* par Y. Verdier (1978) lui fait comprendre que *l'accès à la puberté de la fille pousse la mère vers la vieillesse, et donc la mort. L'avènement et l'interruption du sang menstruel évoque ainsi le remplacement des générations, ce qui peut expliquer la gêne, de part et d'autre, à matérialiser par la transmission orale, cette question existentielle.*
2. *La souillure du sang des femmes perdure encore partiellement*
3. *les menstrues ont à voir avec la procréation et donc la sexualité, sujet difficile d'accès pour les mères des femmes interviewées.*

4.2.1.3. La sexualité

Nous avons peu abordé le sujet de la sexualité dans notre étude. En effet, c'est un sujet très intime, difficile à exprimer pour les femmes, notamment de façon abrupte, au cours d'un seul entretien. Notre écart d'âge a probablement aussi apporté une difficulté supplémentaire.

Cependant, les craintes de perte de la féminité et de la fragilisation de la séduction ont été largement évoquées. En effet, pour certaines, la ménopause est une période de transition difficile à accepter : modification de l'apparence physiques, possibles troubles de la sexualité, changement de l'environnement familial. Pour illustrer cela, reprenons les propos de Brigitte :

« Brigitte : On redoute toujours un peu pour sa féminité. [...] Parce qu'on se dit qu'on n'est plus désirable. [...] C'est que la sexualité devient moins riche. [...] Et puis dans un couple (ça fait 45 ans qu'on est marié), les choses changent, l'essentiel, c'est d'être ensemble. [...] »

Surtout quand c'est des vieux couples. »

Pourtant, comme l'explique Madeleine Gueydan⁴¹, psychanalyste, les représentations ont considérablement changé depuis quelques années grâce à la possibilité de pouvoir dissocier 3 concepts : fécondité, sexualité et féminité. Cela s'opère grâce à la professionnalisation, l'indépendance des femmes et l'augmentation de la durée de vie. Mais aussi, l'habitude de la contraception efficace a séparé sexualité et maternité pour les générations qui arrivent maintenant à la ménopause. En effet, la contraception a permis de préparer les femmes ménopausées à s'accepter comme femme sans pour cela être mère. Puis, le THM a autorisé, selon cette psychanalyste, le fait de mieux vivre et le plus longtemps possible la féminité. Il a aussi permis de développer les consultations chez le gynécologue et de parler avec lui de l'intimité de la sexualité, d'améliorer les connaissances à ce sujet et de modifier par conséquent les représentations. Ainsi, pour M. Gueydan, la ménopause est une autre féminité.

Dans notre étude, on retrouve uniquement les prémices de cette théorie. Les femmes parlent surtout de préjugés, quant à la crainte de la perte de la féminité et du pouvoir de séduction, qui, finalement à l'arrivée de la ménopause, ne s'avèrent pas juste. On peut alors émettre l'hypothèse que ces femmes appartiennent à une génération intermédiaire pour laquelle ces nouvelles représentations émergent depuis peu et sont encore fragiles. Cela s'affirmera probablement dans les générations à venir.

Cet exemple nous rappelle que la médicalisation peut entraîner une modification des représentations et des relations sociales. En effet, la contraception efficace puis secondairement le THM participent à la dissociation de la sexualité, la fécondité et la féminité.

D. Delanoë⁴² ajoute que la médicalisation peut entraîner aussi un processus de socialisation. Il prend alors le THM pour exemple.

4.2.1.4. La médicalisation comme processus de socialisation ⁴²

Dans notre étude, il apparaît clairement que la ménopause est un sujet encore un peu tabou bien que les langues commencent à se délier depuis ces dernières décennies. Les interviewées n'ont quasiment jamais parlé de la ménopause avec leur mère, à l'âge où celle-ci l'atteignait.

Citons l'exemple d'Evelyne Sullerot, fondatrice du Planning Familial, qui a dû renoncer dans les années 1960, à prononcer une conférence grand public sur la ménopause car le sujet était jugé trop choquant.

Mais, comme le rapporte Delanoë⁴², la profusion du discours médical sur le THM sous forme de livres, d'articles dans les journaux et d'émissions à la télévision a contribué à médiatiser la ménopause et à en faire l'objet de conversations privées et de débats publics. Par exemple, des femmes ménopausées vont comparer leur traitement ou discutent de leurs réticences à prendre ce médicament. D'autres vont conseiller à leurs filles ou à leurs sœurs de prendre le THM. Cet anthropologue explique donc que le discours médical donne la possibilité d'un discours profane multiple, reprenant en partie le discours médical, variable selon les individus. C'est la *médicalisation comme processus de socialisation*⁴².

4.2.1.5. Le vieillissement, une idée dominante

A travers nos résultats, force est de constater que le vieillissement est le thème le plus abordé et le plus préoccupant pour les femmes ménopausées. Neuf des treize femmes interrogées citent ce thème à l'évocation de la ménopause. Il est abordé selon divers angles. Il peut être cité comme un simple préjugé véhiculé par la société. Parfois il est évoqué sans affect ou, au contraire, avec angoisse. Plus rarement, les femmes racontent un aspect positif car elles ont l'impression d'être plus respectées par les autres.

Lors d'une étude qualitative³ menée dans les années 1990^{vi}, D. Delanoë a interrogé les femmes ménopausées sur l'âge d'entrée dans la vieillesse. Cette question a été posée au début des entretiens et la moyenne des réponses fut de 70 ans. Pourtant, plus tard au cours de la discussion, certaines femmes ont situé la vieillesse à l'âge de la ménopause, comme nous le retrouvons dans nos entretiens.

Ce paradoxe pourrait être expliqué par le fait que la vieillesse (associée à une perte de valeur) est une des **représentations dominantes** de la ménopause dans notre société.

En effet, les discours dominants sont omniprésents et connus par tous. Comme l'explique D. Delanoë⁴³, chaque femme est donc confrontée, de façon plus ou moins consciente, à ce stéréotype et développe plus ou moins une mise à distance de cette représentation. Ainsi, les représentations des femmes sont le résultat de la confrontation des représentations liées à leur expérience personnelle avec les représentations dominantes véhiculées par la société.

Par exemple, dans le groupe des « négatives »^{vii}, le stéréotype de vieillesse et de dévalorisation lors de la ménopause s'impose de façon indiscutable. Les « neutres »

^{vi} Étude réalisée en France avec une soixantaine d'entretiens approfondis et 1700 questionnaires auprès de femmes de 45 à 65 ans entre 1995 et 1997

^{vii} Dans le chapitre « Résultats », nous avons réparti les femmes selon leur discours sur la ménopause en 4 catégories : les positives, les négatives, les neutres et les ambivalentes.

connaissent le stéréotype mais peuvent le rejeter facilement. Les « positives » acceptent le plus souvent l'idée de vieillesse mais cela n'enlève rien aux bénéfices de la ménopause. Ainsi, la *distribution des représentations de la ménopause* (neutres, négatives, positives, ambivalentes) *montre que cette représentation dominante, dans le discours constitué, ne domine que partiellement le groupe social concerné. Ce résultat confirme donc la limite de l'adhésion des femmes à ce discours.*

Mais pourquoi une telle idée dominante? Pourquoi, malgré ce panel de représentations, domine une perte de valeur avec la fin de la jeunesse et la fin de « l'être femme »? Alors que les représentations des femmes ménopausées elles-mêmes ne sont pas si négatives?

4.2.1.6. La médicalisation comme pathologisation

Comme nous l'avons vu dans la première partie de cette thèse, la ménopause est un fait qui s'est défini et construit tout au long de l'Histoire. En effet, au cours des derniers siècles, la dangerosité de la vieille femme pour autrui laisse place progressivement aux dangers qu'elle court elle-même.

On pourrait émettre l'hypothèse que ces pensées si pessimistes s'expliquaient, en partie, par la faible espérance de vie qu'avait la femme après la ménopause. Or, de nos jours, l'espérance de vie d'une femme de 50 ans est de plus de 30 ans. Pourtant, l'idée de vieillesse et de dévalorisation est toujours adossée à la ménopause. Cette hypothèse n'est donc plus valable aujourd'hui.

Il semble alors intéressant d'étudier le discours du corps médical et celui des médias de ces dernières décennies.

Au cours du XX^{ème} siècle, l'avènement des œstrogènes et du THM a été largement discuté, médiatisé et les discours médicaux ont été très diffusés. En vantant les bienfaits du THM, on associait, explicitement ou implicitement, des représentations très négatives. Citons quelques exemples :

- Simone de Beauvoir⁴⁴ à la fin des années 1940 dressait dans *“Le Deuxième Sexe”* un portrait cinglant des femmes ménopausées.
- Une publicité dans les années 1960 montrait une femme de 50 ans disant : *“Mon mari est au sommet de sa carrière, il est très occupé, il va de succès en succès mais il n'a pas de temps pour moi. Avec cela et avec tous mes problèmes, je reste éveillée toutes les nuits, de plus en plus déprimée. Ce n'est pas le retour d'âge, c'est la catastrophe.”*
- En 1966, dans *Feminine Forever*⁶, un célèbre gynécologue Robert Wilson décrit les femmes ménopausées comme étant *“condamnées à être témoin de leur décrépitude”*.
- Plus tard, David Reuben⁴⁵, psychiatre formula : *“Ayant épuisé leurs ovaires, elles ont*

épuisé leur utilité en tant qu'être humain."

- En 1980, l'intitulé du livre⁴⁶ du Dr Henri Rozenbaum est *"La ménopause. Comment prolonger sa jeunesse."*

Bien sûr, nous citons ici des représentations ne faisant pas toujours l'unanimité et souvent contestées par le mouvement féministe. Mais elles donnent un aperçu, bien qu'incomplet, des messages adressés aux femmes.

Parallèlement, les connaissances ont évolué et le THM a été modifié. Dans les années 1990, le THM était alors prescrit comme un traitement préventif contre des maladies plus nobles : ostéoporose, maladies cardio-vasculaires, démences... Et l'ANDEM, en 1991, dans une conférence de consensus *"Médicaliser la ménopause?"*, dresse un tableau de la ménopause assez accablant : *bouffées de chaleurs, sueurs nocturnes, paresthésies, crampes, insomnies, troubles de l'humeur, sécheresse vaginale, troubles du comportement sexuel, ostéoporose, accidents coronariens, troubles fonctionnels de l'appareil génito-urinaire...*

Les médias et les discours médicaux ont donc offert à la ménopause un discours abondant et très négatif. D'ailleurs, selon le sociologue Eliot Freidson, l'image de la maladie forgée par la profession médicale aboutit à la faire apparaître comme plus répandue qu'elle ne l'est en réalité.

Comme dirait D. Delanoë⁴², *ces discours ont produit une représentation de la ménopause particulièrement pathologique (biologiquement) et négative (socialement). C'est la médicalisation comme pathologisation ou comme construction sociale de la maladie par la profession médicale telle que l'a décrite Eliot Freidson*⁴⁷.

Ces discours largement médiatisés ont donc participé à la construction de l'idée dominante de vieillissement et de dévalorisation à la ménopause. Ils constituent ainsi une des explications de ce stéréotype dominant dans notre culture.

D'ailleurs, si nous observons d'autres cultures, nous remarquons que les représentations de la ménopause sont bien différentes.

4.2.1.7. La ménopause au sein d'autres cultures

Dans un premier temps, nous étudierons la dualité ménopause / vieillesse au Burkina Faso. Puis dans un second temps, nous nous intéresserons aux représentations de la ménopause dans d'autres sociétés.

Prenons tout d'abord l'exemple des Moose du Burkina Faso. Selon Virginie Vinel⁴⁸, la définition que les Moose donnent à la vieillesse est différente de la nôtre et paraît moins déterminée par la physiologie que par une interprétation sociale. Les caractéristiques de la

vieillesse sont:

- ne plus avoir de force : *ce n'est pas un constat physiologique mais une reconnaissance sociale de leur possibilité de se soustraire aux travaux collectifs. C'est la reconnaissance par le mari de la longue participation de la femme à la production et le droit de passer la main aux plus jeunes.*
- Ne plus avoir d'enfant : *cela n'est pas imputé à une infertilité mais à des facteurs sociaux. La femme Moose ne doit plus avoir d'enfant à partir du moment où elle a un fils marié. Les femmes confient alors la fécondité à la génération suivante de femmes procréant pour le lignage. L'arrêt de la procréation des femmes Moose est une caractéristique de la vieille femme et ne peut donc se réduire à la ménopause.*
- La fin des relations sexuelles: *elle ne doit plus avoir de relation sexuelle lorsque le fils a eu son premier enfant.*

La ménopause n'apparaît donc pas comme un marqueur essentiel du passage à l'âge de vieille femme chez les Moose.

Ailleurs, les femmes Mayas attendent avec impatience leur infertilité. D. Delanoë⁴³ raconte que, délivrées de la peur de grossesses non désirées, elles ont une meilleure sexualité avec leur mari. En effet, les tabous et les restrictions liées aux règles disparaissent. De plus, elles ne souffrent pas de bouffées de chaleur ni d'ostéoporose. L'âge confère plus de pouvoir et de respect et leur statut s'élève quand leurs fils se marient et fondent leur propre famille. La belle-mère a alors position d'autorité comme chef de famille étendue.

Chez les Bantous Nyika en Tanzanie³, le mot désignant la ménopause est dérivé de la notion de femme devenant un homme. A la ménopause, la femme stérile peut jouer un rôle social masculin, de père et de mari. Elles usent ainsi d'une liberté permise aux seuls hommes.

A l'autre extrême³, dans l'Irlande rurale des années 1960, on pensait que la ménopause pouvait rendre folle et, vers 45 ans, certaines femmes se confinaient au lit pour attendre la mort (Cohen, 1967).

Pour conclure, ces quelques récits⁴⁸, parmi tant d'autres (Lock 1986, Kaufert 1988, Kosack 2002...), mettent en évidence la *variabilité de la perception et du vécu* de la ménopause selon les cultures. Ils tendent à montrer que la ménopause n'a pas d'interprétation universelle. *Comme tout phénomène biologique, elle fait l'objet de constructions de sens, culturellement déterminées, mais aussi variables individuellement*⁴⁸.

4.2.2. Le THM et ses controverses

4.2.2.1. Impact de la polémique sur les représentations du THM : de véritables partis pris

Les résultats de l'étude WHI, largement médiatisés, ont provoqué de nombreux débats privés et publics et, comme notre étude le montre, chaque femme se crée son opinion avec souvent beaucoup de parti pris. Pour certaines comme Annick et Danièle, le THM représente un véritable confort. Pour d'autres telles que Henriette et Geneviève, il apporte une certaine sécurité. Mais souvent, il est considéré comme un médicament potentiellement à risques. Quelques-unes se sont même vivement opposées au THM. Nous constatons donc une certaine disparité dans les représentations du THM.

Christine Thoër-Fabre fait le même constat et définit 3 profils typiques⁴⁹ :

- ◆ les **irréductibles** du THM : un traitement au service des femmes. *Elles poursuivent le traitement depuis plusieurs années et ont décidé de le continuer du fait de son efficacité. Plusieurs ont adopté leur traitement en anticipation des troubles de la ménopause. Selon ces femmes, le THM a un rôle curatif contre les troubles climatiques, est efficace sur les états dépressifs et a une action préventive sur le vieillissement ainsi qu'un rôle cosmétique. Elles refusent de se laisser inquiéter par les études WHI et MWS, soulignant que le traitement reste cautionné par leur gynécologue. Ce dernier est envisagé sous forme d'expert. Elles reprennent volontiers le discours des cliniciens considérant que les risques sont différents en France. Le traitement a aussi un rôle symbolique sous la figure de progrès et est un instrument de libération permettant aux femmes d'échapper à l'emprise de la nature. La controverse du THM fait référence à celle de la pilule contraceptive dans les années 1960. On retrouve dans ce profil: Annick, Danielle, Geneviève et Henriette.*
- ◆ Les **inquiètes** : une relation au THM marquée par l'ambivalence. *Ces femmes soulignent l'efficacité du traitement mais considèrent, depuis 2002, qu'il peut entraîner des effets secondaires. Celles qui ont suivi un traitement ou celles qui l'envisageaient s'interrogent sur le bien-fondé de la poursuite ou de l'initiation de ce médicament. Plusieurs d'entre elles sont réticentes à l'abandonner, redoutant le retour des troubles de la ménopause. Certaines l'ont interrompu sur recommandation médicale. Elles ont du mal à se faire une idée claire en raison des avis contradictoires. L'ambivalence se manifeste aussi au niveau de la pratique : certaines*

arrêtent le traitement puis le reprennent pour l'interrompre à nouveau, le jugeant trop risqué. Celles qui ne sont pas traitées se refusent à le condamner, expliquant qu'il semble bénéfique pour d'autres femmes de leur entourage. On peut citer Francine, Khadija et Mariette par exemple.

- ◆ **Les anti-THM** : un traitement jugé trop chimique et trop agressif. *Ces femmes insistent sur les dangers du THM. Plusieurs ont été sensibilisées au risque de cancer du sein par une expérience directe ou indirecte. Certaines avaient choisi d'emblée de ne pas prendre le traitement, s'opposant à la médicalisation du cycle féminin. Etant déjà peu favorables au THM, la "crise" du THM, qui faisait suite à une "série d'affaires" mettant en cause des médicaments vedettes, eut pour effet d'accentuer leur méfiance à l'égard des traitements hormonaux et plus généralement, des médicaments. D'autres l'ont trouvé inefficace ou l'ont mal supporté et l'ont arrêté avant la publication des résultats de l'étude WHI. D'autres avaient suivi une hormonothérapie depuis de nombreuses années et l'ont interrompue à la suite des publications. Les risques sont jugés inacceptables et elles insistent sur l'ampleur de la couverture médiatique comme Brigitte et Colette. Elles se tournent souvent vers un apprentissage profane des thérapeutiques dites "naturelles".*

Nous retrouvons donc bien, à travers ces profils, les femmes que nous avons rencontrées.

4.2.2.2. Impact de la polémique sur la prescription de THM

Suite à la publication des résultats de l'étude WHI en 2002, de nombreuses études ont mesuré l'impact sur la consommation de THM par les femmes ménopausées. Toutes les études ont enregistré des baisses significatives du recours aux traitements hormonaux, comme nous l'avons remarqué dans notre étude. Citons en quelques-unes:

- l'étude de Barber^{viii} et al. (2003) dans le Minnesota⁵⁰, a montré que, parmi les femmes qui déclaraient prendre ou avoir pris le THM, 31,8% des femmes non hystérectomisées et 11,5% des femmes hystérectomisées avaient arrêté le THM suite à la publication de l'étude WHI.

^{viii} Etude réalisée dans le Minnesota, à l'aide d'une enquête par questionnaire auprès de 398 femmes ménopausées dont 189 femmes traitées par THM d'Août 2002 à Janvier 2003

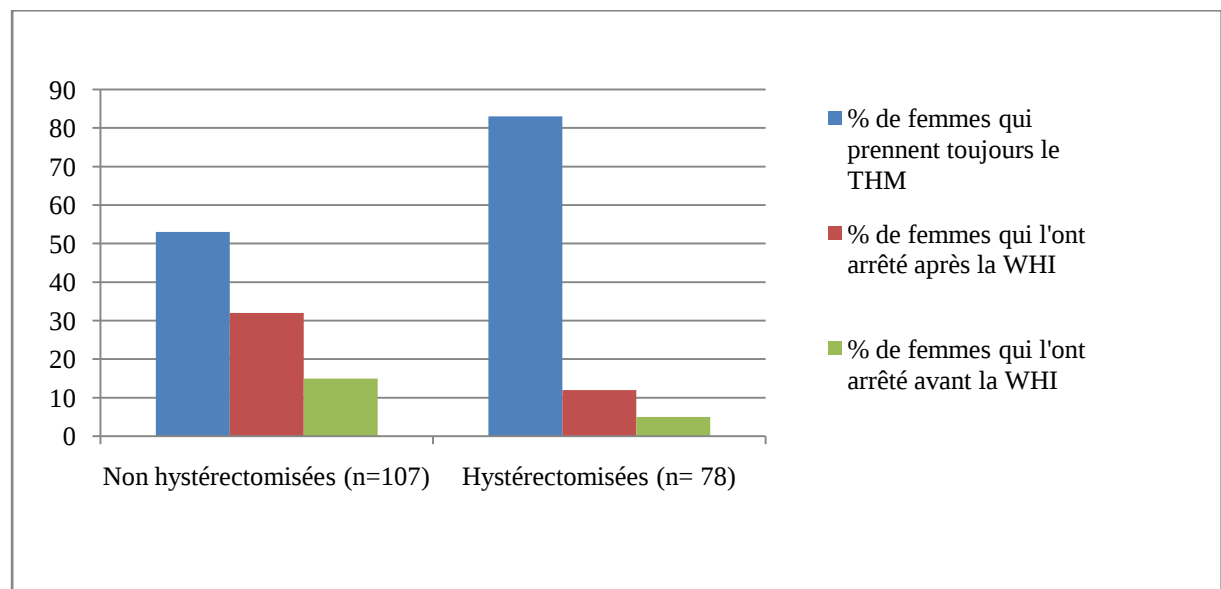


Figure 1: Evolution de la consommation de THM après la publication des résultats de l'étude WHI

De plus, lors de cette période, la majorité des femmes inquiétées par les résultats de l'étude WHI ont contacté leur médecin afin d'être conseillées sur leur traitement. Parmi ces femmes, 50% des non hystérectomisées et 30 % des hystérectomisées ont reçu le conseil de changer, arrêter ou diminuer le traitement.

Parmi les femmes qui ont arrêté le THM, 61,8 % des femmes l'ont arrêté sur leur propre initiative contre 38,2 % qui l'ont arrêté suite aux conseils de leur médecin. 80% des femmes qui l'ont arrêté par elles-mêmes ont déclaré les médias comme raison de leur arrêt.

Chez celles qui ont continué le THM, 61% des non hystérectomisées et 42% des hystérectomisées l'ont poursuivi à cause des symptômes rattachés à la ménopause. 40% des non hystérectomisées et 25% des hystérectomisées ont suivi les recommandations de leur médecin.

L'étude WHI a donc entraîné une modification des pratiques. L'arrêt du traitement a été, dans la majorité des cas, initié par les femmes elles-mêmes. Et les médias semblent avoir eu un fort impact sur leur prise de décision. Les médecins représentent aussi une aide décisionnelle mais ils semblent se situer au second plan.

- L'étude canadienne^{51, 52} (Sawka et al, 2004) effectuée en Ontario auprès de 159 femmes dont 63% suivaient un THM depuis plus de 5 ans, a montré que 35% des femmes ont arrêté le THM à cause de la diffusion des résultats de WHI.
- A. Tamborini [24](#) a étudié l'évolution des ventes de THM en France de 2002 à 2007. Il a constaté une baisse de 62 % des ventes en 5 années. La baisse a été particulièrement

importante en 2004, suite à la parution des nouvelles recommandations de l'AFSSAPS.

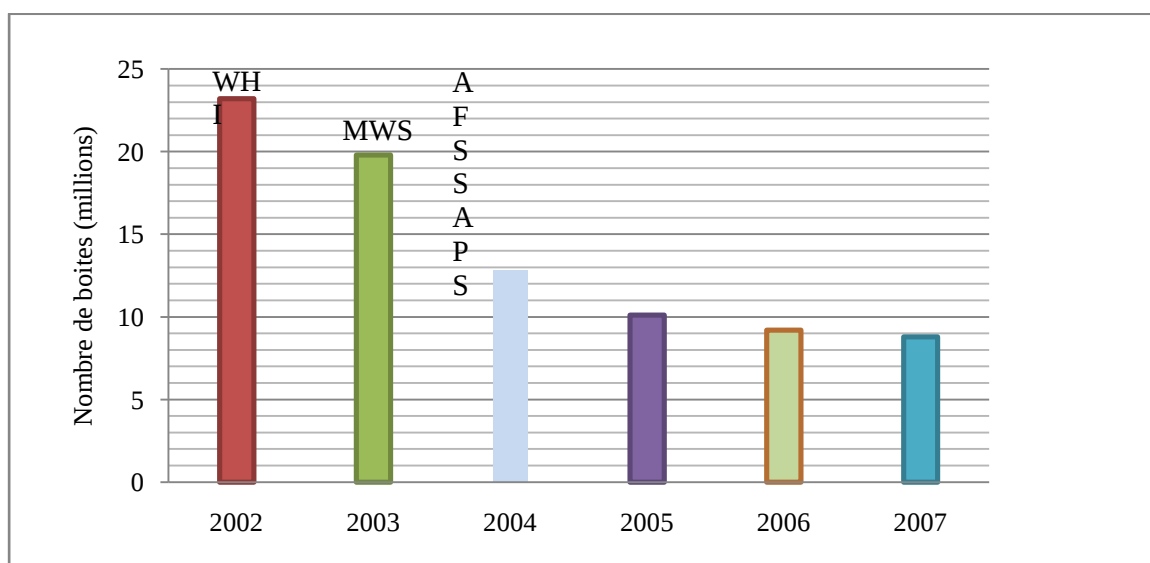


Figure 2 : Evolution des ventes de THM en France depuis 2002

Bien sûr, la baisse de 62 % des ventes ne signifie pas que 62 % des femmes ont arrêté leur traitement. En effet, cette baisse résulte de 3 phénomènes :

- la baisse du nombre de femmes traitées
- la durée plus courte des traitements
- la diminution des doses employées

Nous observons donc que les résultats de l'étude WHI ont eu un impact considérable sur la population d'Amérique du nord et sur la population française.

4.2.2.3. Impact sur l'industrie pharmaceutique et le marché boursier

Etant donné la diminution de la consommation de THM, il est intéressant d'évaluer son impact sur l'industrie pharmaceutique.

Selon une étude relatée par les Cahiers du Geirso en 2005⁵¹, il a été constaté, dans les 9 mois qui ont suivi la publication des résultats de la WHI, une diminution de 32% des prescriptions du THM concerné, le *PREMPRO*. Il a aussi été observé une diminution de 37% des dépenses marketing. Notons que, selon eux, les dépenses de marketing des compagnies pharmaceutiques américaines avant la WHI s'élevaient à plus de 300 millions de dollars (US) par année.

Par la suite, les chercheurs ont enregistré une augmentation des dépenses publicitaires pour des doses plus faibles de *PREMPRO*, associée à une augmentation modérée des prescriptions

de ce nouveau traitement. Cependant, dans un article paru dans The Globe & Mail en Octobre 2004, l'équipe de chercheurs américains mentionnait qu'aucune étude ne montrait que les doses plus faibles étaient plus sécuritaires que celles analysées par la WHI.

De même, le marché boursier a répondu rapidement aux résultats de la WHI. Quelques heures après l'interruption d'un des volets de la programmation de recherche, la valeur de l'action Wyeth, la compagnie fabriquant le médicament le plus utilisé dans l'étude (médicament qui avait rapporté plus de deux milliard de dollars de vente en 2001) a chuté de 19% (Lipmann, 2003).

Ainsi, cela nous rappelle les enjeux économiques et financiers considérables qui gravitent autour de la santé individuelle et publique. La prise en compte de ces facteurs est indispensable.

Cet exemple, qui nécessiterait bien sûr une étude plus approfondie, n'est qu'un aperçu de la toile complexe des interactions entre les patients, les médecins, les pharmaciens, la santé publique et l'industrie pharmaceutique.

4.2.2.4. Evaluation des connaissances sur le THM et la polémique

Lors de l'exploitation des résultats de notre étude, nous avons constaté que presque toutes les femmes connaissent le risque de cancer du sein lié au THM mais aucune ne semble connaître les risques thrombo-emboliques et cardio-vasculaires soulevés ces dernières années. De même, certaines ont cité la diminution du risque d'ostéoporose post-ménopausique mais aucune n'a évoqué la probable diminution du risque du cancer du colon.

Comparons alors nos résultats avec ceux d'autres études.

Une étude originale de E. Levens and al⁵³, publiée en 2004 (American Journal of Obstetric and Gynecology) a fait un sondage auprès de femmes âgées de 45 à 65 ans recrutées dans un centre de consultation. 78% des femmes questionnées étaient ménopausées. Parmi ces femmes ménopausées, 31% prenaient le THM et 65% l'avaient déjà pris. L'objectif était d'évaluer les opinions et les croyances des femmes après la publication des résultats de l'étude WHI.

Les résultats ont montré que 70% des femmes prenaient le THM pour lutter contre les effets de la ménopause et 30% pour la prévention de l'ostéoporose, des maladies cardiovasculaires et de la démence d'Alzheimer.

Par contre, l'étude a révélé une surestimation importante des risques secondaires au THM. En effet, 53% des femmes pensaient que le THM provoquait une augmentation du risque de cancer du sein de 10 à 30 % par an alors que l'étude WHI estimait un risque de 0,08%. On retrouve le même ordre d'erreur pour le risque cardiaque (31% des femmes), d'AVC (36%) et

de thrombose veineuse profonde (43%). De plus, les bénéfices apportés par le THM étaient mal connus puisque seulement 20% des femmes savaient que le risque de cancer du colon était réduit par la prise de THM et le degré du risque était là aussi erroné. De même, il y avait une large surestimation du degré de protection contre l'ostéoporose.

L'auteur a alors émis l'hypothèse que ces erreurs étaient liées à une mauvaise compréhension des résultats rapportés de l'étude WHI, probablement en rapport avec une information de mauvaise qualité destinée aux femmes. Nous développerons cette idée par la suite.

En 2003, l'étude de Barber and al.^{ix}, que nous avons déjà citée auparavant, a constaté que 95,7 % des femmes avaient entendu parler de la WHI. Parmi ces femmes, 39, 8% connaissaient les risques d'augmentation du cancer du sein, 30% l'aggravation des risques cardiovasculaires et 26,7% la possibilité de risques multiples.

L'analyse de ces études montre donc que, globalement, les connaissances des femmes concernant le THM sont limitées et parfois insuffisantes.

D'ailleurs, en comparant ces dernières études à la nôtre, nous sommes étonnée de l'inégalité des connaissances des femmes. En effet, dans notre étude, 11 des 13 femmes connaissent le risque de cancer du sein mais aucune ne mentionne les autres risques ni même la protection apportée contre le cancer du côlon. Une femme pense que le THM protège contre le risque cardio-vasculaire. Pourtant, dans les études ci-dessus, certaines femmes, bien que ce soit une minorité, connaissent l'ensemble des bénéfices et des avantages du THM. Nous pouvons argumenter cette différence par :

- une différence de chronologie : les études citées ont été menées juste après la publication des résultats de la WHI alors que la nôtre a été réalisée 6 ans après.
- une différence de population de l'échantillon : américaine et française. Les résultats de la WHI ont provoqué aux Etats-Unis une réaction beaucoup plus vive et plus importante des médias, médecins et de la population féminine.
- biais lié à 2 types d'études différentes : le questionnaire aide à trouver les réponses, c'est-à-dire que le répondeur est dirigé par les réponses à choix multiples, tandis que lors des entretiens, les questions restent ouvertes et les femmes rapportent uniquement ce qui leur vient spontanément à l'esprit.
- Biais lié à l'étude qualitative: notre échantillon n'a pas pour but d'être représentatif de la population générale et la différence constatée peut venir de cette non représentativité.

^{ix} Etude réalisée dans le Minnesota, à l'aide d'une enquête par questionnaire auprès de 398 femmes ménopausées dont 189 femmes traitées par THM d'Aout 2002 à Janvier 2003.

Les connaissances du THM par les femmes de notre étude sont donc tronquées ou tout du moins limitées et parfois erronées. En effet, les femmes interviewées semblent penser que le THM a pour seul risque le cancer du sein. De plus, elles ne connaissent pas le possible bénéfice apporté par le THM contre le cancer du colon estimé à 0,06% par an, qui n'est pas si négligeable par rapport à l'importance du risque de cancer du sein (0,08%).

Cela est constaté, à moindre échelle, dans d'autres études comme nous venons de le développer.

Cela confirme donc l'hypothèse de E. Levens : la nécessité d'une meilleure information pour les femmes ménopausées.

4.2.2.5. Des connaissances erronées : quelques hypothèses

Ainsi, les raisons de ces connaissances incomplètes nous rendent perplexe. Pourquoi les femmes insistent-elles sur le risque de cancer du sein? Pourquoi le risque cardiovasculaire (dont le risque thrombo-embolique) suspecté initialement dans la WHI n'est-il pas connu par les femmes de notre étude?

Pour répondre à ces questions, nous émettrons quelques hypothèses qui nécessiteraient bien sûr d'être confirmées par d'autres travaux :

- Le risque de cancer du sein lié au traitement hormonal est suspecté depuis longtemps et avait déjà été reformulé par la méta-analyse du Lancet en 1997. Il est donc logique que, lorsque l'on parle de polémique autour du THM, le risque de cancer du sein soit cité en premier.
- Il faut aussi rappeler le contexte de ces dernières décennies. On assiste à une augmentation permanente et inéluctable de l'incidence des cancers du sein en France. Pour lutter contre cela, une importante campagne de santé publique a été mise en œuvre avec la mise en place d'un dépistage systématique par mammographie des femmes de 50 à 74 ans. Le risque de cancer du sein devient ainsi un sujet omniprésent. On étudie alors ses facteurs de risque : âge avancé, mutations génétiques, irradiation, premières règles précoces, consommation d'alcool, ménopause tardive, prise de contraception orale et THM, nulliparité ou grossesse tardive, histoire familiale de cancers du sein, obésité... Or, ce sont souvent des facteurs difficilement maîtrisables : l'abondante prescription de THM pourrait alors être une hypothèse séduisante pour expliquer cette augmentation du risque de cancer du sein.
- L'augmentation des risques cardio-vasculaires constatée dans l'étude WHI a été fortement remise en question en raison de la constatation de différents biais. Et des publications ultérieures de la WHI ainsi que d'autres essais sont venus apporter, par la suite, des résultats contradictoires. L'incertitude à propos de ces risques provoque donc un frein à leur diffusion.
- L'étude WHI était en 2002 la plus importante étude réalisée sur la santé des femmes. C'était

aussi le premier essai contrôlé étudiant le THM prescrit pourtant depuis quelques décennies. Elle était donc très attendue dans le milieu médical. L'arrêt prématuré d'une des branches de cette étude ainsi que les résultats, contraires aux attentes des scientifiques, ont donc retenu l'attention. La presse a par conséquent largement relayé les études effectuées sur le THM. Et chacune a eu écho de ces controverses par les médias.

Pour comprendre les raisons de ces connaissances erronées ou incomplètes, il nous a semblé nécessaire d'étudier les informations destinées aux femmes. Or, la principale source d'information des patientes à ce sujet est les médias.

Nous allons donc présenter un aperçu, certes non exhaustif mais assez représentatif, de l'écho médiatique qui a fait suite aux publications des dernières grandes études (WHI, MWS). Nous nous appuyerons essentiellement sur les travaux du Dr Douçot²². Les passages cités ci-dessous proviennent de la presse écrite, pour des raisons évidentes de collecte des données.

- **Des gros titres très spectaculaires.** Cette presse écrite, étant habituellement considérée comme mesurée, minore probablement les termes utilisés dans d'autres médias audiovisuels. Elle recourt cependant, comme nous le rappelle C. Douçot, à des termes ou expressions assez forts, voire exagérés compte tenu des résultats auxquels elle se réfère : *“Attention danger?”*, *“Faut-il jeter nos traitements hormonaux?”*, *“Hormones à risques contre la ménopause”*, *“l’amplitude de l’augmentation des risques observés”*, *“ces chiffres évidemment inadmissibles”*, ou encore *“Traitement de la ménopause : Le temps du soupçon”*, *“une inquiétante étude américaine”*, *“Certitudes battues en brèche”*, *“Paniqués, les médecins demandent aux femmes sous traitement pour les besoins de l’étude d’arrêter le protocole”* (Libération, 8 juillet 2003), *“Certains praticiens se remémorent l’affaire du Distilbene”* (Le Monde, 3 décembre 2003), *“Le seul mot hormone fait désormais frissonner les femmes et leurs proches”*, *“le THS rend fou”* ou encore *“le THS rend sourd”* (Libération, 27 avril 2004).

Nous comprenons donc l'effet boule de neige provoqué par les médias.

- **Une formulation des résultats portant à confusion.** La plupart des résultats des études sont rapportés en risque relatif et, non, en risque absolu. Cela peut être alors mal compris par la population générale. Par exemple²², on peut lire, à propos de l'arrêt de l'étude WHI, dans l'article *“Hormones à risques contre la ménopause”* publié dans le quotidien Libération daté du 18 juillet 2002, p.13 : *“L’analyse des résultats*

intermédiaires a mis en évidence une augmentation de 26% du risque de cancer du sein chez les femmes traitées. Et a entraîné l'interruption de l'étude. Cela correspond à 8 cas supplémentaires de cancer du sein pour 10 000 femmes suivies pendant un an", précise l'Association française pour l'étude de la ménopause (Afem)." Certes la dernière phrase vient modérer la première. Mais quel impact peut avoir ce chiffre de 26%, que le lecteur rapide assimilera vraisemblablement à 26 cas de plus pour 100 femmes? La même remarque s'applique dans un autre paragraphe de cet article : *"La compilation des données fournies par la WHI a réservé une autre mauvaise surprise. [...] Ils [les œstrogènes couplés à la progestérone] augmentent de 29% le risque d'accidents cardiaques (37 accidents pour 10 000 femmes traitées pendant 1 an contre 30 cas pour les femmes ayant reçu un placebo) et élèvent de 41% le risque d'accidents vasculaires (29 cas contre 21 cas dans le groupe placebo)."*

On peut alors s'interroger sur la compréhension de la définition du risque relatif par le journaliste et d'autant plus par les lectrices.

- **Un accent mis sur le risque de cancer du sein.** Nous remarquons également que les médias insistent particulièrement sur les risques de cancers du sein. Par exemple, l'édition du 10 juillet 2002 du quotidien Le Parisien titrait à propos des résultats de l'étude WHI²² : *"De nouveaux soupçons pèsent sur le rôle des traitements hormonaux substitutifs dans l'apparition des cancers du sein"*. Dr Douçot cite également l'article *"Hormones à risques contre la ménopause"* publié dans le quotidien Libération daté du 18 juillet 2002, p.13 : *"L'analyse des résultats intermédiaires a mis en évidence une augmentation de 26% du risque de cancer du sein chez les femmes traitées. Et a entraîné l'interruption de l'étude"*. Pourtant ce ne sont pas seulement les risques de cancer du sein qui ont provoqué l'arrêt de l'étude mais plutôt leur association avec les risques cardio-vasculaires.
- **Les chuchotements à propos des bénéfices du THM.** Un fait remarquable est que, quelque soit le type de presse, les résultats positifs, notamment de la WHI sur le cancer du colon et le risque fracturaire, ne sont que rarement évoqués. De plus, lorsqu'ils le sont, c'est en quelques lignes et toujours en fin d'article. Pour exemple, C. Douçot cite un article de l'édition du 18 juillet 2002 de Libération, article déjà évoqué plus haut, dont les dernières lignes sont : *« La WHI a toutefois eu le temps de laisser entendre quelques bonnes nouvelles. Comme l'effet positif des traitements de substitution sur l'ostéoporose. En tout cas, pour les américaines, ils réduisent de près de 24% la fréquence des fractures du col du fémur et de 37% les risques de cancer colon »*. On remarque que, contrairement à la description des risques de cancer du

sein, l'auteur fait pour la première fois la distinction entre les femmes françaises et américaines. Doit-on conclure que la population française n'est concernée que par les aspects défavorables et non par les résultats favorables du THM? Pourtant, dès la parution de la WHI, le Dr Rozenbaum avait tempéré les résultats dans son communiqué de l'AFEM en précisant que les populations n'étaient pas comparables : *« On a donné à cette étude au niveau européen, et par ricochet au niveau français, une importance qu'elle ne méritait pas ».*

Bien sûr, après cet élan alarmiste, la presse s'est attachée à relativiser ces informations, mais de façon assez tardive. On peut alors se demander pourquoi tant d'importance a été accordée aux premiers résultats de la WHI, alors que les médias ont été beaucoup discrets sur les études ultérieures, notamment sur celles qui tempéraient ces premiers résultats.

Certes, C. Douçot rappelle qu'il était légitime de relater les résultats d'enquêtes d'une telle ampleur. Mais par son manque de regard critique, la diffusion médiatique a fait un bruit excessif en engendrant frayeur, pessimisme et suspicion démesurée à l'égard de tous les types de THM, probablement à la recherche d'un effet sensationnel.

Bien sûr, il n'est pas question de généraliser ces critiques à tous les médias et notamment à la presse médicale.

4.2.3. L'information des femmes ménopausées

Les résultats de la WHI ont donc été largement médiatisés, avec initialement des propos plutôt alarmants.

Cependant, nous avons constaté dans notre étude que les femmes ont pris en considération ces résultats mais elles ne semblent pas pour autant avoir été affolées. De plus, malgré cette importante médiatisation, les connaissances des femmes à propos du THM semblent être assez limitées. Il est alors intéressant de discuter de leurs sources d'information ainsi que de comparer et compléter nos résultats grâce aux données de la littérature.

4.2.3.1. La pluralité des sources d'information

Dans notre étude, les sources d'information citées par les interviewées sont très nombreuses. Les médias sont mentionnés en premier (presse écrite, télévision, radio). Les femmes interrogées ne parlent pas pour autant de « surmédiatisation ». D'ailleurs, la plupart apprécie la facilité d'accès à l'information. Mais la moitié d'entre elles ont un regard assez critique et gardent une certaine distance par rapport aux renseignements donnés.

Les médecins sont également cités très fréquemment bien que plus tardivement. Les femmes leur témoignent souvent une grande confiance.

L'impact des femmes de l'entourage, omniprésentes, est difficile à évaluer.

D'après une enquête de l'AFEM en 1992, citée par E. Drapier-Faure⁵⁴, l'information que reçoivent les femmes sur le THM provient de différentes sources :

- 57% des femmes interrogées déclarent avoir été informées par les journaux et magazines
- 26% par la télévision
- 19% par des amies ou la famille
- 59% ont été informées par un médecin généraliste
- 68% par un gynécologue.

Les femmes sont donc fréquemment informées des avantages et inconvénients du THM par les médias, les médecins et assez souvent par l'entourage.

Ces résultats confirment nos données, bien que notre étude qualitative ne permette pas de formuler des extrapolations quant aux chiffres obtenus.

Dans une étude^{xi} publiée en 2000, A.J. Sogaard⁵⁵ a interviewé des femmes norvégiennes de 16 à 79 ans. Il en résulte que les sources d'information semblent être divisées en 3 catégories d'importance équivalente : les médias, les médecins et les amies/collègues. Cependant, lorsque les informations sont données par les médecins, les connaissances sur le THM semblent être meilleures et les femmes plus disposées à l'utiliser.

En 1995, F. Griffiths⁵⁶ a étudié les facteurs influençant la décision de prendre ou non le THM, à l'aide d'un questionnaire réalisé auprès de 1649 femmes âgées de 20 à 69 ans en Grande Bretagne.

- Parmi les femmes qui avaient déjà envisagé de prendre un THM :
 - 44% d'entre elles n'en avaient jamais discuté. Parmi celles qui en avaient déjà parlé :
 - la plupart, soit 67,8 %, évoquait leur médecin ou leur infirmière.
 - 20% évoquaient leurs amies, leur mari ou leurs collègues.
 - Mais lorsqu'on leur demandait quel acteur avait été le plus important dans la prise de décision, 41,1% des femmes ne nommaient personne. Même parmi celles qui avaient déjà consulté un médecin à ce sujet, 30,5% de ces femmes ne nommaient

xi Etude réalisée de 1994 à 1998 à l'aide de questionnaires chez 2932 femmes âgées de 16 à 79 ans

personne.

Cependant, ce sont généralement les médecins et les infirmières qui étaient cités comme étant les plus importants dans l'aide à la prise de décision, bien que 18,1% des femmes citaient leurs amies, leurs collègues ou leur mari.

- Parmi l'ensemble des femmes :

Les médias et les amies ont été le plus souvent rapportés mais les médecins ont été rarement cités [figure n°3].

- Parmi celles qui avaient déjà été traitées :

Au contraire, les médecins ont été cités comme la principale source d'information. Pourtant, même pour ces femmes, les médias et les amies occupent une place importante.

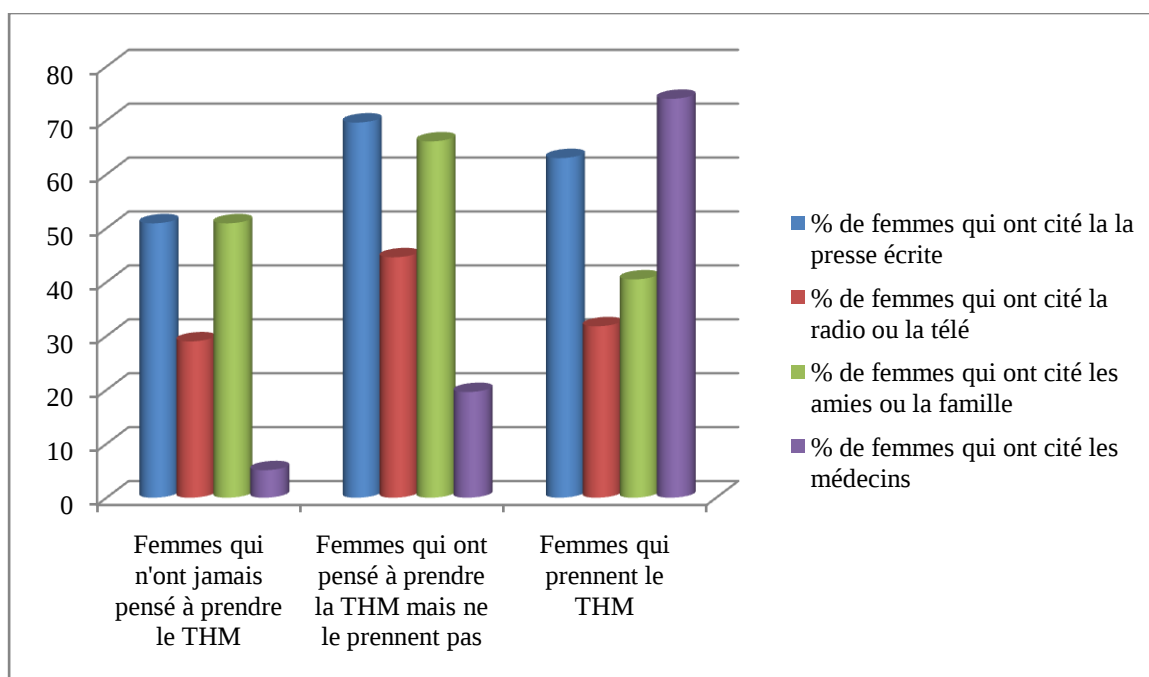


Figure 3 : Principales sources d'information sur le THM citées par les femmes

Ainsi, dans cette étude, les médecins ne sont pas les principaux informateurs concernant le THM sauf pour les femmes qui le prennent. Ils pourraient cependant avoir une place importante dans le processus décisionnel de la prise médicamenteuse.

Cette étude vient donc bien compléter nos résultats. Les différences retrouvées proviennent probablement de la différence des populations étudiées (femmes ménopausées / femmes âgées de 20 à 69 ans)

Une étude^{xii} plus récente du même auteur⁵⁷ vient affiner ces résultats grâce à des

^{xii} Publication en 1999 de nouveaux résultats concernant l'étude initiée en 1993 (précédemment citée). Réalisation de 70 entretiens et de quelques group-focus.

interviews et des *group-focus*. Une nouvelle fois, les médias semblent être une importante source d'information. Ils permettent surtout d'accroître les connaissances des femmes interrogées et ils les incitent à débiter une réflexion sur le THM. Par contre, ils ne semblent pas modifier véritablement leur comportement face à ce traitement. Pour la moitié des interviewées, l'information donnée par les médias est utile et de bonne qualité.

Ainsi l'auteur conclut en estimant que les femmes semblent vouloir être **actives** dans leur prise de décision et semblent vouloir contrôler elles-mêmes leur mode de médication de la ménopause, en **diversifiant notamment les sources d'informations**. Mais, étant donné la **complexité** des données concernant le THM ainsi que les incertitudes, leur **médecin garde une place importante pour les conseiller** et les renforcer dans leur prise de décision.

Cela confirme donc bien l'analyse de nos résultats. En effet, les médias, omniprésents, semblent être quantitativement la principale source. Mais l'information donnée par les médecins semble garder, qualitativement, une place primordiale. Nous le constatons dans notre étude, en considérant les femmes qui étaient sous THM lors de la polémique. La plupart des femmes ont demandé l'avis de leur médecin et ont suivi leurs conseils.

4.2.3.2. Interaction médecin/patiente

Dans notre étude, les dialogues autour de la ménopause, en dehors de la consultation médicale, sont assez pauvres et se font avec les sœurs, les collègues et surtout avec les amies. Les mères n'apparaissent pas comme une source principale d'information une fois la ménopause installée, étant donné l'absence de discussion et la transformation de la prise en charge médicamenteuse.

Par contre, la consultation médicale semble être un lieu de discussion adapté. On pourrait penser que le médecin pallie à cette absence de discussion avec les amies ou la famille. Or dans notre étude, même si globalement les femmes semblent être satisfaites de la relation qu'elles ont avec leur médecin, certaines rapportent un manque d'information reçue sur la ménopause lorsque celle-ci débutait. En effet, elles expriment la nécessité de savoir comment la ménopause va se dérouler, ce qu'il risque de se produire, les moyens aidant à mieux la vivre. Mais surtout, elles expriment la volonté d'être rassurée.

« Brigitte : Le gynécologue devrait en parler. A 40 ans, on arrête la pilule et on met un stérilet. Puis après on devrait aborder le sujet. J'aurais aimé qu'on me rassure. Qu'on me dise : bon, c'est ça la ménopause, c'est pas grave, y a des moyens pour y remédier, et puis c'est un état, c'est pas une maladie. C'est comme quand on est ado et

*qu'on va avoir ses règles. C'est pas la fin de la vie. C'est être rassurée.
Votre sexualité pourra continuer, on a des moyens de confort. »*

Tout d'abord, certaines expliquent ce malaise par le fait qu'elles n'osent pas aborder ce sujet avec leur médecin. Si le médecin n'aborde pas spontanément le sujet, la patiente ne le fera pas non plus. C'est le cas de Brigitte qui n'osait pas discuter de son problème de sécheresse vaginale avec le gynécologue. D'ailleurs, l'étude de l'AFEM⁵⁴ (1992) révélait que, parmi les femmes qui avaient déjà discuté de la ménopause avec leur médecin, c'était plutôt les femmes elles-mêmes (85%) qui en parlaient à leur médecin. En effet, le médecin n'avait abordé lui-même ce sujet que pour 30% seulement d'entre elles. Ainsi, la ménopause étant racontée encore comme un sujet plutôt tabou dans notre étude, on comprend bien le manque de discussion ressenti par certaines interviewées.

De plus, lorsque le sujet de la ménopause et du THM est abordé, les discours des médecins semblent être parfois inadaptés aux attentes des femmes.

En effet, selon V. Vinel⁴⁰, on pourrait penser que le corps médical prend le relais de cette faiblesse de l'encadrement familial, mais son intervention se réduit à une réponse technique. Dans le lieu et le temps de la consultation, les femmes évoquent des symptômes, et reçoivent en retour des préconisations médicales -notamment le dosage hormonal des médicaments- qui définit leur état et les inscrivent dans un parcours médicalisé.

Une étude de Raymond Massé et Al. (2001), rapportée par les Cahier du Geirso⁵¹, montre aussi que, dans les consultations médicales au Québec, la technicité l'emporte largement sur les aspects sociaux, corporels et affectifs de la ménopause. Si les femmes résistent en partie à cette socialisation médicale, notamment en adoptant des modes de médication diversifiés, elles ne trouvent que sporadiquement des modes de socialisation alternatifs de la ménopause. M.S. Hunter⁵¹ décrivait, en 1997 dans son étude qualitative, que les femmes consultaient leur médecin d'abord pour obtenir des informations sur la ménopause, puis sur une éventuelle médication. Mais les praticiens pouvaient interpréter cela comme une visite indiquant un désir de THM. Il émet alors l'hypothèse que la prescription d'un THM pourrait être plus facile que de s'engager sur une discussion complexe sur la ménopause et ses traitements. De plus, les médecins auraient plus tendance à conceptualiser la ménopause en termes de maladie alors que les femmes la considèrent plutôt comme une étape de la vie.

4.2.4. Conclusion d'étape et ouverture

Pour conclure, l'analyse de nos résultats et de la littérature révèle que les femmes ménopausées sont confrontées à une profusion d'informations concernant la ménopause et le traitement hormonal. La réactualisation des connaissances concernant le THM, leur diffusion et leurs diverses interprétations par les instances médicales, les médecins consultés et les médias peuvent être pour les patientes des sources d'incertitudes.

Parallèlement, les représentations de la ménopause ont diverses origines. Elles sont le fruit d'un héritage culturel lié à l'histoire qui forme le socle de notre inconscient. Mais celles-ci sont souvent confrontées à des représentations actuelles plus modernes.

Or paradoxalement, même si les tabous tendent à disparaître, les discussions entre profanes se résument souvent à une conversation assez technique focalisée sur les traitements disponibles. Les femmes peuvent donc se retrouver seules, voire déconcertées, face à leur ressenti souvent ambivalent et face aux multiples informations, parfois contradictoires, qu'elles reçoivent.

La consultation médicale ne semble pas pour autant rectifier ce malaise et il existe une certaine inadéquation au sein de la relation médecin/patient. En effet, beaucoup de femmes expriment la nécessité d'un échange plus important avec leur médecin sur ce thème. Par ailleurs, la difficulté ressentie par les femmes à aborder ce sujet et les réponses parfois inadéquates des médecins lors de la consultation peuvent être un frein à une meilleure prise en charge.

A ce titre, V. Vinel⁵⁸ rappelle la théorie de Giddens (1994) qui éclaire les pratiques observées. En effet, pour l'auteur, *les médecins sont des points d'accès, c'est-à-dire des points de contact entre les profanes, les collectivités et les systèmes abstraits (ici, les savoirs et les pratiques médicales autour de la ménopause). La confiance ou la défiance est fortement influencée par l'expérience vécue par les profanes aux points d'accès.*

Ainsi, les expériences insatisfaisantes vécues auprès de gynécologues entraînent des consultations multiples auprès de plusieurs types de médecins et souvent plusieurs médecins de la même spécialité. Pour certaines, des expériences traumatisantes auprès du corps médical les amènent à ne plus consulter du tout, du moins pour un temps. *La fragilité de ces points d'accès en matière de ménopause amène aussi les femmes à accumuler les avis médicaux et les informations profanes.*

En même temps l'évolution des savoirs, notamment en matière de substitution hormonale, et leurs interprétations diversifiées peuvent générer de grandes incertitudes pour les femmes. *Le fait que la ménopause ne soit pas une maladie mais un phénomène physiologique avec les représentations multiples qui lui sont liées, participe sans doute aussi à la diversification des*

*points de vue sollicités. Ainsi, l'intervention du médecin est souvent considérée comme ayant souvent une **part de flou et d'ouverture**.*

D'après V. Vinel, ce flou peut être vu comme une grande liberté accordée aux femmes et une réelle prise en charge par elles-mêmes de leur mode de médication. En même temps, cette indétermination peut laisser ces femmes relativement seules face à la décision de prendre ou d'arrêter ce traitement médical.

Le THM est donc un parfait exemple des difficultés engendrées par l'explosion des sources médiatiques. La diffusion toujours plus rapide et plus massive d'informations parfois contradictoires participerait à la *perception profane du risque menaçant la crédibilité des experts*. Le rapport au médecin, point d'accès particulièrement vulnérable, s'inscrirait ainsi de plus en plus dans une **dialectique de confiance et de méfiance** (Giddens, 1991).

Ainsi, selon V. Vinel, à partir de cette pluralité d'informations, les femmes réalisent une sorte **de bricolage de médication** qu'elles construisent à partir de plusieurs facteurs :

- la confiance qu'elles accordent à leurs praticiens
- leur évaluation des bénéfices/risques
- leurs affects
- leurs expériences faites d'essais et d'arrêts
- leurs représentations des médicaments et des produits des médecines alternatives

Ce bricolage est donc le résultat de l'instabilité et de l'insécurité dans lesquelles se retrouvent ces femmes, soumises à l'injonction d'apporter des suppléments pour pallier aux gênes et problèmes pensés comme consécutifs à la ménopause, et à la fois seules, sans références assurées, face à un savoir instable. Giddens (1994) illustre bien cette tension de l'existence sociale contemporaine dans laquelle les individus se réapproprient en partie les savoirs experts, notamment "aux points d'accès", mais "*pour les gens ordinaires, tout cela ne contribue guère à augmenter l'impression de contrôle et de sécurité dans la vie quotidienne [...] Le profane voyage tout de même à bord d'un camion fou.*"

Le THM est l'exemple choisi pour notre thèse mais de nombreux autres traitements (comme le vaccin contre l'hépatite B) ont des problématiques similaires.

Au regard de cette histoire tourmentée, comment assurer la transmission de l'information au patient quand, à l'évidence, elle demeure évolutive et reste parfois affectée d'un certain coefficient d'indétermination ?

CONCLUSION

Phénomène biologique universel, la ménopause est aujourd'hui envisagée à la fois comme un éventuel problème de santé au niveau individuel et, par les facteurs sociaux et économiques qu'elle implique sa prise en charge, comme un problème de santé publique.

Jusqu'à récemment, cette prise en charge passait principalement par le THM. Les indications de ce traitement étaient larges et englobaient notamment la prévention des effets à long terme de la ménopause (ostéoporose, maladies cardiovasculaires, ...). La justification du THM reposait uniquement sur des études observationnelles de faible niveau de preuve et d'interprétation difficile.

La parution de la première étude contrôlée randomisée, l'étude WHI, en Juillet 2002, a fait figure d'évènement marquant. Ses résultats ont été largement diffusés par les médias. Elle a permis de confirmer et de quantifier précisément l'effet protecteur du THM sur la survenue de fractures osseuses mais elle a, en revanche, apporté un frein sévère aux espoirs que représentait, pour certains, le THM dans la prévention du risque cardiovasculaire. Cette étude a aussi fortement remis en question l'effet protecteur potentiel du THM sur le risque de maladie d'Alzheimer. Les résultats ont permis de quantifier l'augmentation du risque de cancer du sein, admis par la communauté médicale depuis de nombreuses années. Enfin, un effet protecteur sur le cancer du côlon semble être apparu.

Par la suite, d'autres grandes études sont venues compléter, parfois contredire ces résultats.

Cependant les biais de chacun de ces travaux sont loin d'être négligeables et certaines voix se sont élevées, en France comme en Europe, pour souligner toutes les précautions avec lesquelles il fallait considérer ces résultats.

Aujourd'hui, quelques années après, le THM est encore sujet à débat.

Alors qu'il est extrêmement difficile pour nous, praticiens, d'élaborer une synthèse pour notre pratique clinique, il nous a semblé intéressant d'évaluer la répercussion de ces données sur les représentations qu'ont les femmes de la ménopause et du THM, ainsi que d'étudier l'accès des patientes à l'information.

Nous avons donc réalisé une étude qualitative grâce à des entretiens semi-dirigés menés auprès de 13 femmes ménopausées de la région lyonnaise.

Les représentations de la ménopause sont à la fois riches et ambivalentes. Les femmes rencontrées sont globalement tiraillées entre l'impression de libération procurée par l'arrêt des règles et des sentiments plus sombres de dévalorisation et de vieillissement.

Elles font tout d'abord référence au modèle médical de la ménopause avec l'arrêt des règles et la présence d'effets secondaires.

Mais la ménopause acquiert aussi une définition sociale. En effet, elle est racontée comme une étape, un tournant majeur du déroulement de la vie. Elle se confond souvent avec l'âge qui avance, la retraite, les enfants qui partent de la maison et le passage au statut de grand-mère. Elle s'accompagne parfois, selon elles, de la perte d'un capital symbolique lié à l'arrêt de la fertilité et à la perte de la féminité. Les interviewées racontent une fragilisation de la séduction. Pour certaines, cela va même jusqu'à la perte d'identité.

Ces propos plutôt négatifs l'emportent, bien que les représentations des femmes forment un continuum s'étendant sur un large registre allant d'un pôle négatif à un pôle positif. Ce discours dominant est probablement, en grande partie, l'héritage de stéréotypes inlassablement repris et renforcés. En effet, à partir des années 1960 aux Etats-Unis, et 1970 en Europe, la promotion et la justification médicale du THM se sont appuyées sur la production d'un tableau très négatif de la ménopause. Pour autant, affirmer que les femmes ne sont plus femmes et sont vieilles à partir de la ménopause relève d'une construction de faits socialement et culturellement définis. C'est ce que D. Delanoë³ et Eliot Freidson⁴⁷ appellent la *médicalisation comme pathologisation*.

La meilleure illustration de ce concept socioculturel est alors l'étude de la ménopause dans d'autres sociétés. Reprenons l'exemple des femmes Mayas qui attendent avec impatience leur infertilité. Délivrées de la peur de grossesse, elles ont une meilleure sexualité et l'âge leur confère un statut préférable avec plus de pouvoir et de respect.

Les représentations du THM et de la ménopause sont donc étroitement liées. Celui-ci apparaît comme un élément de confort en luttant contre les bouffées de chaleur et en apportant un bien être. Il peut être, pour certaines, une sécurité contre des troubles à long terme comme l'ostéoporose. Une réassurance intervient aussi grâce à la contrainte d'un suivi gynécologique régulier. Pour d'autres, il est au contraire considéré comme potentiellement à risques et non justifié.

La quasi totalité des femmes a connaissance du débat autour de ce traitement. Et celui-ci a occasionné de véritables partis pris chez les femmes ménopausées. En effet, à l'annonce des résultats, parmi les femmes non traitées, les "hésitantes" ont été soulagées de ne pas avoir pris le traitement. Pour d'autres, cela a conforté leur avis préalablement défavorable à l'encontre de ce médicament. Les femmes traitées ont été initialement inquiétées mais rapidement rassurées. Quelques-unes ont modifié leur traitement et d'autres n'ont pas été tourmentées.

Le THM est devenu un véritable sujet de discussion entre femmes. Il a permis l'intrusion de l'entourage dans l'intimité de chacune. On assiste donc à une levée partielle du tabou autour de la ménopause. D. Delanoë fait alors référence à *la médicalisation comme socialisation*³. Les femmes de l'entourage (amies, collègues, mère) représentent ainsi de véritables viviers à informations difficilement quantifiables. Le vécu de la mère semble jouer un rôle important dans l'appréhension de la ménopause.

Les médias sont la source d'information principalement citée. En effet, les discours médicaux vulgarisés et surabondants ont créé une explosion de la médiatisation de la ménopause, exposée aussi bien dans les journaux, les magazines qu'à la radio et à la télévision... Internet est assez souvent utilisé mais la plupart des femmes de cette génération ne semblent pas encore maîtriser parfaitement cet outil. Les interviewées apprécient globalement la richesse des informations mises à disposition. Mais souvent, elles soulignent le manque de qualité des données fournies avec, notamment sur Internet, une abondance d'informations non hiérarchisées dont il est difficile de faire le tri. L'analyse des résultats révèle aussi que les femmes ménopausées ont des connaissances partielles et parfois erronées sur le THM, probablement en rapport avec l'emballement médiatique de ces dernières années.

L'information donnée par les médecins garde une place primordiale. Pour la majorité des femmes, le corps médical ne semble pas avoir été discrédité par la remise en question du THM. Souvent les interviewées formulent le souhait d'avoir, lors de la consultation médicale, un meilleur échange sur le sujet de la ménopause afin d'être réconfortées. On peut émettre l'hypothèse qu'une plus grande sensibilisation des médecins sur les représentations des femmes ménopausées pourrait engendrer des consultations comportant une écoute plus attentive et la formulation de conseils mieux adaptés au vécu de chacune.

Cette étude nous a permis d'avoir un aperçu, bien qu'incomplet, des relations entre les patientes, professionnels de santé, médias, industries pharmaceutiques et institutions gouvernementales. A chaque niveau se profilent des enjeux médicaux, économiques et/ou sociaux considérables.

Cela rappelle la nécessité d'une vigilance incessante et soutenue quant à la qualité de l'information donnée aux patients et à ce titre, à la pression exercée pour la consommation et la prescription des médicaments. En effet, le THM, produit commercial hautement profitable, est un très bon exemple de la communication intense dont il fait l'objet. Même si l'Etat tente de contrôler la publicité s'adressant aux patients, les initiatives des firmes pharmaceutiques pour l'imposer sont nombreuses et s'expriment sous de multiples formes : lobbying à tous les niveaux de décisions nationaux et européens, créations d'opportunes « associations de patients », inventions d'outils et campagnes appropriés, jusqu'à des programmes présentés comme aidant à l'observance médicamenteuse⁵⁹...

Il est aussi de notre devoir, à nous médecins, de conserver un regard critique sur les rumeurs, les « scoops » médiatiques, et sur la promotion des dernières « innovations » par certains leaders d'opinion. En effet, devant l'explosion des sources médiatiques, le médecin reste l'intermédiaire indispensable d'aide à la décision. Cela appelle donc à la transparence et à l'indépendance de tout intérêt particulier.

Avec la loi du 4 Mars 2002 sur les droits du malade, l'utilisation par le médecin du consentement éclairé du patient s'impose. Après le droit à la santé, on assiste au droit à l'information. Cette évolution coïncide avec la révolution informatique qui submerge le marché de l'information et remet en cause le monopole, dans ce domaine, du médecin. L'information est donc devenue disponible pour tous.

*« Dans l'écart possible entre « le savoir et le croire » et « l'information et la vérité » se glisse la question du rôle des médecins, et des critères d'une vérité qu'ils seraient plus à même de détecter, voire de protéger, ce qui suppose de leur part un retour réflexif sur La et Les vérités médicales. »*⁶⁰

Le Dr A.M. Moulin⁶⁰, chercheur au CNRS, soulève aussi une difficulté, dont le THM est un parfait exemple, liée à la reconnaissance et à l'acceptation de la superposition de vérités parfois discordantes, c'est-à-dire la reconnaissance d'une certaine labilité des vérités médicales.

Comme le note P. Chanson⁵ :

« L'histoire tourmentée du traitement hormonal substitutif de la ménopause a eu au moins un mérite, celui de montrer une fois de plus, combien, en médecine, les certitudes sont fragiles. Elle démontre que la conviction ne doit jamais prendre le pas sur la démonstration scientifique. »

Le Président du jury de thèse,

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LYON, le 23/04/09

 Daniel RAUBRANT

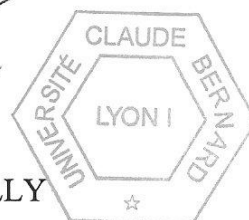
Vu, le Doyen de la Faculté
de Médecine LYON-RTH LAENNEC,

Pour le Président de l'Université,
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales,


Pr P. COCHAT




Pr F.N. GILLY



BIBLIOGRAPHIE

1. Azoulay C. [Menopause in 2004: "hormone replacement therapy" is not what it used to be anymore]. *Rev Med Interne* 2004;25(11):806-15.
2. deGardanne C. Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique. Paris: Gabon; 1816.
3. Delanoë D. Sexe, croyances et ménopause. Paris: Hachette Littératures; 2006.
4. Arnaud R. La ménopause à travers l'histoire. Rueil-Malmaison: Laboratoire Ciba-Geigy; 1996.
5. Chanson P. [Historical perspective of hormone replacement therapy]. *Rev Prat* 2005;55(4):369-75.
6. Wilson RA. *Feminine Forever*. New York: M. Evans; 1966.
7. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Lancet* 1997;350(9084):1047-59.
8. Clavel-Chapelon F, Hill C. Traitement hormonal de la ménopause et risque de cancer du sein. *La Presse Médicale* 2000(29):1688-93.
9. Grady D, Herrington D, Bittner V, et al. Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II). *Jama* 2002;288(1):49-57.
10. Rozenbaum H. *La ménopause*. Paris: Editions Eska; 2008.
11. Hulley S, Grady D, Bush T, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *Jama* 1998;280(7):605-13.
12. Herrington DM, Reboussin DM, Brosnihan KB, et al. Effects of estrogen replacement on the progression of coronary-artery atherosclerosis. *N Engl J Med* 2000;343(8):522-9.
13. Viscoli CM, Brass LM, Kernan WN, Sarrel PM, Suissa S, Horwitz RI. A clinical trial of estrogen-replacement therapy after ischemic stroke. *N Engl J Med* 2001;345(17):1243-9.
14. Hormonothérapie substitutive de la ménopause (suite). *Rev Prescrire* 2004;24(246):25-8.
15. Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, et al. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Jama* 2004;291(14):1701-12.
16. Hsia J, Langer RD, Manson JE, et al. Conjugated equine estrogens and coronary heart disease: the Women's Health Initiative. *Arch Intern Med* 2006;166(3):357-65.
17. Stefanick ML, Anderson GL, Margolis KL, et al. Effects of conjugated equine estrogens on breast cancer and mammography screening in postmenopausal women with hysterectomy. *Jama* 2006;295(14):1647-57.
18. Howard BV, Van Horn L, Hsia J, et al. Low-fat dietary pattern and risk of cardiovascular disease: the Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial. *Jama* 2006;295(6):655-66.
19. Schneider HP. The view of The International Menopause Society on the Women's Health Initiative. *Climacteric* 2002;5(3):211-6.
20. Traitement hormonal substitutif de la ménopause et cancer : attention au sein. *Rev Prescrire* 2003;23(235):27-33.
21. Beral V. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003;362(9382):419-27.
22. Douçot C. Traitement Hormonal Substitutif et Risque de Cancer du Sein : Les

- Généralistes et les Médias [Th. Méd]. Paris: Université Pierre et Marie Curie; 2006.
23. Fournier A, Berino F, Riboli E, Avenel V, Clavel-Chapelon F. THS et risque de cancer du sein - Résultats de la cohorte E3N. *Reprod Hum Horm* 2005;18:186-93.
 24. Lyytinen H, Pukkala E, Ylikorkala O. Breast cancer risk in postmenopausal women using estradiol-progestogen therapy. *Obstet Gynecol* 2009;113(1):65-73.
 25. Canonico M, Straczek C, Oger E, Plu-Bureau G, Scarabin PY. Postmenopausal hormone therapy and cardiovascular disease: an overview of main findings. *Maturitas* 2006;54(4):372-9.
 26. Grodstein F, Manson JE, Stampfer MJ. Hormone therapy and coronary heart disease: the role of time since menopause and age at hormone initiation. *J Womens Health (Larchmt)* 2006;15(1):35-44.
 27. Chevallier T, Daures JP, Micheletti MC, Reginster JY. [Methodology of the inquiry MISSION (menopause, breast cancer risk, morbidity and prevalence)]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2005;34(7 Pt 1):658-65.
 28. Canonico M, Oger E, Conard J, et al. Obesity and risk of venous thromboembolism among postmenopausal women: differential impact of hormone therapy by route of estrogen administration. The ESTHER Study. *J Thromb Haemost* 2006;4(6):1259-65.
 29. Chlebowski RT, Kuller LH, Prentice RL, et al. Breast cancer after use of estrogen plus progestin in postmenopausal women. *N Engl J Med* 2009;360(6):573-87.
 30. Rozenbaum H. Risque de cancer du sein à l'arrêt du traitement hormonal de la ménopause, [en ligne]. In : AFEM. site disponible sur : <<http://www.menopauseafem.com/>> (Page consultée le 20/01/2009). 2009.
 31. Haute Autorité de Santé. Les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause : Conclusions et recommandations [en ligne],(2004) site disponible sur :< <http://www.has-sante.fr/> > (page consultée le 10/03/2009). In.
 32. Brabant I. Médecins généralistes et symptômes biomédicalement inexplicables : étude qualitative des représentations et déterminants de la prise en charge des patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexplicables à partir de 14 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes lyonnais [Th. Méd]. Lyon 1: Université Claude Bernard; 2006.
 33. Monloubou D. Les médecins Généralistes et la démence : vécu et représentations [Th. Méd]. Lyon 1: Université Claude Bernard 2007.
 34. Britten N. Qualitative interviews in medical research. *Bmj* 1995;311(6999):251-3.
 35. Blanchet A, Gotman A. . L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: éditions Nathan; 1992.
 36. Mays N. Qualitative Research: rigour and qualitative research. *BMJ* 1991;311:109-12
 37. Kaufmann J-C. L'enquête et ses méthodes : l'entretien compréhensif Sociologie 128 ed. Paris: Armand Colin; 2007.
 38. Souweine G. Apports d'une approche anthropologique du diabète de type 2 à l'épistémologie de la médecine [Th. Méd.]. Lyon 1: Université Claude Bernard 2006.
 39. Delanoë D. Histoires de la ménopause d'ici et d'ailleurs. In : Ringa V, Hassoun F. Femmes, médecins et ménopauses. In : Paris: Masson; 2003.
 40. Vinel V. Ricordi di sangue : trasmissione e silenzio sulle mestruazioni nella Francia urbana [ita]. [Mémoires de sang : transmission et silences autour des menstrues (France urbaine). In : Cozzi D, Diasio N., Linee di sangue, La Ricerca Folklorika. Venezia. In press 2009.
 41. Gueydan M. Discours et représentations de la ménopause. Influence sur la sexualité à cette nouvelle temporalité. *Revue de Psychanalyse Brésilienne Pulsional* 2007;20(192):40-51.
 42. Delanoë D. La médicalisation de la ménopause. La pathologisation comme processus de sociabilisation. In : Aïach P., L'ère de la médicalisation, Ecce homo sanitas. Paris: Anthropos 1998.
 43. Delanoë D. La ménopause comme phénomène culturel. *Champ psychosomatique*

2001;24:55-67.

44. deBeauvoir S. *Le deuxième sexe*. Paris; 1976.
45. Reuben D. *Everything You Always Wanted to Know about Sex But Were Afraid to Ask*. New York: D. McKay Co.; 1969.
46. Rozenbaum H. *La Ménopause, comment prolonger sa jeunesse*. Paris: Editions Du Mercure De France 1991.
47. Freidson E. *La Profession médicale*. Paris: Payot; 1984.
48. Vinel V. La ménopause, passaggio verso un altro status? Invecchiamento e vecchiaia femminile presso i Moose del Burkina Faso [ita]. [La ménopause : passage vers un autre statut? Processus de vieillissement et vieillesse féminine chez les Moose du Burkina Faso], in : Diaso N, Vinel V., *Il tempo incerto, Anthropologia della menopausa*. Milan : éd Franco Angeli; 2007.
49. Thoër-Fabre C. Les femmes ménopausées et la "crise" entourant la remise en question du traitement hormonal de substitution en France. In : *Crise, médicaments, santé des femmes*. Les Cahiers du Geirso 2005;1(8).
50. Barber CA, Margolis K, Luepker RV, Arnett DK. The impact of the Women's Health Initiative on discontinuation of postmenopausal hormone therapy: the Minnesota Heart Survey (2000-2002). *J Womens Health (Larchmt)* 2004;13(9):975-85.
51. Hormonothérapie substitutive à la ménopause: Sa petite histoire et les interrelations entre les divers groupes d'acteurs. Les Cahiers du Geirso 2005;1(9).
52. Sawka AM, Huh A, Dolovich L, et al. Attitudes of women who are currently using or recently stopped estrogen replacement therapy with or without progestins: results of the AWARE survey. *J Obstet Gynaecol Can* 2004;26(11):967-73.
53. Levens E, Williams RS. Current opinions and understandings of menopausal women about hormone replacement therapy (HRT)-the University of Florida experience. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(2):641-6; discussion 6-7.
54. Drapier-Faure E. L'observance du traitement hormonal substitutif de la ménopause. *La revue du Praticien* 1994;8(258):17-22.
55. Sogaard AJ, Tollan A, Berntsen GK, Fonnebo V, Magnus JH. Hormone replacement therapy: knowledge, attitudes, self-reported use - and sales figures in Nordic women. *Maturitas* 2000;35(3):201-14.
56. Griffiths F. Women's decisions about whether or not to take hormone replacement therapy: influence of social and medical factors. *Br J Gen Pract* 1995;45(398):477-80.
57. Griffiths F. Women's control and choice regarding HRT. *Soc Sci Med* 1999;49(4):469-81.
58. Vinel V. Pluralisme thérapeutique des femmes françaises en période de ménopause, *Revue internationale du médicament*. In press 2009
59. MiEF L. Information du public par les firmes pharmaceutiques: une logique commerciale, [en ligne]. In : *Fiche documentaire sur l'information santé*, 2007. Site disponible sur <<http://www.prescrire.org/docus/euInfoPatientsJuin.pdf>> (consulté le 4/11/2008).
60. SFTG. Colloque (2007,Paris. France). L'information santé des patients : Internet, la presse grand public, les campagnes publicitaires modifient la relation du patient avec son médecin. Quelles influences, quelle éthique, quelle qualité d'information ?, 15 Juin 2007, [en ligne]. In : SFTG. Site disponible sur : <<http://www.sftg.net/>> (consulté le 12/09/08)
In. Paris.

ANNEXES

ANNEXE 1: RECOMMANDATIONS de l'ANAES sur le THM (2004)

1. **Chez une femme présentant des troubles du climatère gênants ou perçus comme tels et qui consulte à cet effet**, les THS sont, quel que soit le statut de la patiente vis-à-vis de l'ostéoporose, recommandés comme traitement de 1^{re} intention (grade A). Ces troubles constituent, chez la femme qui le demande, l'indication majeure du THS. Cette prescription est néanmoins subordonnée à la délivrance d'une information objective sur les bénéfices et les risques relatifs au THS prescrit et à son acceptation par la patiente.

2. Qu'il s'agisse de cancer du sein, de l'endomètre ou de l'ovaire, les sur-risques démontrés ou suspectés ne remettent pas en question, à eux seuls, l'indication du THS pour les femmes dont les troubles du climatère justifient la prescription d'un THS (grade A). Un antécédent personnel de cancer du sein est une contre-indication à la prescription de THS (grade A).

3. **En cas d'hystérectomie**, il est recommandé de ne pas prescrire de THS oestroprogestatif mais de prescrire un THS par oestrogènes seuls (grade A). Le THS oestroprogestatif expose en effet à un surcroît de risque de cancer du sein sans que l'on puisse attendre chez ces femmes un bénéfice sur le cancer de l'endomètre. L'effet protecteur potentiel sur le cancer colorectal n'est cependant formellement démontré que pour le THS oestroprogestatif.

4. **S'agissant des facteurs de risque cardio-vasculaires**, il est recommandé de ne pas prescrire de THS à des femmes présentant un antécédent d'infarctus du myocarde ou de maladie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral ou de maladie veineuse thrombo-embolique (grade A). Dans le cas d'une femme à haut risque cardio-vasculaire⁷, il est recommandé de ne pas prescrire un THS ou de l'interrompre tant que le haut risque persiste (grade B).

La présence de facteur de risque cardio-vasculaire modéré et isolé (hypertension, hypercholestérolémie, tabagisme, surpoids) ne constitue pas, en l'état de la littérature, une contre-indication majeure et permanente à la prescription d'un THS. Pour les femmes traitées par THS, comme pour l'ensemble de la population, une prise en charge efficace de ces facteurs de risque vasculaire est recommandée.

Chez les femmes à bas risque cardio ou cérébro-vasculaire, le sur-risque ne justifie pas la non-prescription ou l'arrêt d'un THS qui aurait un bénéfice attendu d'une autre nature.

En cas de prescription d'un THS, de même que chez toute personne de plus de 50 ans, il est recommandé de surveiller régulièrement le risque cardio-vasculaire, ce qui inclut la recherche des facteurs de risque traditionnels (pression artérielle, cholestérol total et HDL, glycémie, tabagisme), la recherche de traitement antihypertenseur, hypolipémiant et/ou antidiabétique et un interrogatoire pour rechercher l'existence d'antécédents cardio-vasculaires.

5. La dose d'oestrogène nécessaire au traitement des troubles climatiques varie d'une femme à l'autre. L'adaptation du traitement se fait en fonction de l'efficacité constatée sur les symptômes et en fonction des signes d'hyperoestrogénie qui peuvent être associés au THS. La persistance des troubles doit amener à augmenter progressivement la posologie, la survenue

de signes d'hyperoestrogénie doit inversement amener à diminuer la posologie oestrogénique ou à s'orienter vers une combinaison oestroprogestative de climat légèrement différent (accord professionnel). Le traitement doit être arrêté en cas d'apparition d'une contre-indication.

6. Il paraît opportun de vérifier la nécessité de poursuivre le traitement une fois par an, à l'aide d'une fenêtre thérapeutique (accord professionnel, aucune attitude n'ayant été étudiée ou ne faisant l'objet d'un consensus) :

1. - soit en réduisant progressivement la dose d'oestrogène administrée ;
2. - soit en suspendant quelques semaines le traitement.
3. La réapparition des troubles et la confirmation par la patiente de sa volonté de poursuivre le traitement pourront amener à reprendre le traitement. À titre indicatif, des données observationnelles indiquent qu'en moyenne, la durée de prescription des traitements est, selon les traitements, de l'ordre de 2 ou 3 ans, et qu'environ 1 femme sur 4 ayant arrêté son traitement suite à la publication des études sur les risques associés au THS le reprend ultérieurement.

La commission rappelle que des traitements locaux peuvent améliorer les symptômes génitaux, tels que la sécheresse vaginale, susceptibles de réapparaître ou d'être exacerbés à l'arrêt du THS.

7. Il n'est pas recommandé de prescrire de manière systématique un THS à la survenue de la ménopause avec comme seul objectif la préservation du capital osseux ou la prévention des fractures. L'incidence des fractures liées à l'ostéoporose est très faible avant 60 ans, les études sur l'évolution de la DMO après arrêt du traitement sont discordantes et aucune étude ne démontre l'efficacité à long terme du THS sur l'épargne fracturaire (après arrêt du traitement).

8. Chez la femme ménopausée de 50 à 60 ans, n'ayant ni troubles du climatère ni facteurs de risque justifiant l'indication d'une ostéodensitométrie⁸ ni facteurs de risque fracturaire :

1. - l'ostéodensitométrie n'est pas indiquée (Anaes, 2001) et il n'est donc pas recommandé de la prescrire pour aider à la décision de prescription d'un THS ; l'intérêt d'un dépistage radiologique systématique de l'ostéoporose au moment de la ménopause n'a pas été évalué dans la littérature.
2. - il est recommandé de ne pas prescrire de THS avec comme seul objectif la préservation du capital osseux ou la prévention des fractures, en raison des risques cancéreux et cardio-vasculaires encourus (grade A). Ces risques sont estimés supérieurs aux bénéfices escomptés.
3. 9. Chez la femme ménopausée ne présentant pas de troubles du climatère mais présentant des facteurs de risque justifiant l'indication d'une ostéodensitométrie⁸ ou des facteurs de risque fracturaire⁹, il est recommandé de réaliser une ostéodensitométrie.

Dans le cadre d'un traitement ayant pour objectif la préservation du capital osseux ou la prévention des fractures :

* En cas de T score > -1, c'est-à-dire en cas de densité minérale osseuse normale, il est recommandé de ne pas prescrire de traitement, THS ou alternatives. Une action préventive

consistant en des règles hygiéno-diététiques peut être menée en vue d'éviter de futures carences calciques. Une ostéodensitométrie peut être envisagée à distance, dans les 5 à 10 ans.

* En cas de T score compris entre -1 et -2,5, il est possible, mais pas nécessaire, d'envisager un traitement, ceci en fonction de la gravité de l'ostéopénie et si les facteurs de risque fracturaire sont importants. Au regard de leur meilleure sécurité relativement aux THS, il est recommandé, d'après l'Afssaps, de privilégier en 1^{re} intention, les biphosphonates et le raloxifène si celui-ci est bien toléré. Le THS sera indiqué en cas de d'intolérance ou de contre-indications à ces deux traitements. Il est également recommandé de considérer la calcithérapie et la prescription de vitamine D comme des options envisageables en 1^{re} intention. Leur prescription peut également faire partie, avec l'exercice physique, des mesures générales de recommandations hygiéno-diététiques. L'objectif sera dans ce cas de ne pas laisser s'installer une carence calcique. Les apports calciques quotidiens sont donc à évaluer lors de la consultation.

* En cas de T score < -2,5, les biphosphonates et le raloxifène sont indiqués en 1^{re} intention (AMM). Le THS sera indiqué en cas de d'intolérance à ces deux traitements.

10. La commission rappelle qu'il n'est pas recommandé de réaliser une ostéodensitométrie de contrôle chez une femme ménopausée chez laquelle le THS est indiqué, prescrit à dose efficace et bien suivi (Anaes, 2001).

11. En cas de prescription ou de renouvellement d'un THS, il n'est recommandé aucune surveillance particulière autre que le bilan cardio-vasculaire d'usage et la palpation des seins. Les femmes doivent être incitées à participer régulièrement au dépistage organisé du cancer du sein par mammographie, notamment en début de traitement. L'augmentation de densité mammaire peut cependant gêner le diagnostic et pourrait faire envisager une stratégie de surveillance adaptée (échographie complémentaire, réduction de l'intervalle des mammographies, etc.). Ces stratégies sont à évaluer.

12. Il est recommandé compte tenu de l'incidence du cancer du sein d'inciter les femmes qui ne prendraient pas de THS à participer également au dépistage organisé du cancer du sein (grade B).

13. Une information objective sur les bénéfices escomptés et les risques encourus lors de la prise du THS doit, comme pour tout traitement, être fournie à la patiente. Cette information qui constitue pour la patiente un droit est délivrée au cours de l'entretien individuel que le médecin a avec elle. L'information peut être écrite mais ne dispense pas d'une information orale en bonne et due forme. La signature d'un document écrit attestant que la patiente a reçu et correctement compris l'information est inutile et non recommandée.

14. Afin d'évoquer avec elles les nouveaux risques identifiés liés au THS, il est recommandé de s'enquérir auprès des patientes ménopausées d'âge < 65 ans de l'utilisation antérieure d'un THS. Si cette utilisation date de moins de 5 ans, il est recommandé de l'informer de la persistance possible pour quelques temps d'un

sur-risque de cancer du sein. Ceci permettra de l'informer des nouveaux risques identifiés liés au THS (il s'agit d'un droit), si toutefois cette information ne lui a pas déjà été communiquée.

ANNEXE 2 : LE GUIDE D' ENTRETIEN

Age, situation familiale et professionnelle, nombre d'enfants

Age de début de la ménopause,

Prise de THM ou autre traitement

Présence d'un suivi médical régulier sur le plan gynécologique

Thématique autour de la ménopause: vécu et représentations

- Qu'est ce que signifie la ménopause pour vous? Sentiments et vécu face à la ménopause.
- Votre regard a-t-il changé sur la ménopause depuis que vous êtes ménopausée ?A t'elle crée des changements dans votre vie et lesquels (familial, professionnel, société, vie privée) ?
Présence de répercussions dans la vie de tous les jours?
- Quel regard porte la société sur la M. selon vous? Et celui des hommes? Le vôtre est-il différent de celui de la société ? Si oui, quel sentiment cela vous donne-t-il? Ce regard influence-t-il sur vos ressentiments face à votre vécu de la ménopause?

Thématique autour du THM : vécu et représentations

- Qu'est ce que le THM pour vous ?
- Les ressentiments face à ce traitement. Le prenez-vous ou l'avez-vous déjà pris? Initiation du traitement : circonstances?
- Polémique à ce sujet : En avez vous entendu parler ? Qu'en pensez vous? Quel est votre ressentiment? Avez-vous changer d'opinion sur ce traitement ? Est-ce que cette polémique a eu des répercussions sur votre prise du traitement? Si oui, initiative de votre part ou de celle de votre médecin ?
- (ménopause , traitement, et maladie...)

Thématique autour de la communication sur la ménopause et son traitement?

- D'où viennent vos connaissances sur la ménopause et le THM ? Quelles sources d'informations? Dans quelles proportions ? Qu'en pensez vous?
- Parlez-vous de la ménopause et/ou du THM à votre entourage familial ou amical? Pourquoi?
- Y a t-il discussion sur ce sujet lors de consultation médicale ? Qu'en pensez vous?
- Avez-vous été suffisamment informée ?
- Comment améliorer la communication sur le sujet de la ménopause et de son traitement ?

ANNEXE 3: LETTRE ADRESSEE AUX MEDECINS

Gindre Jeanne
Adresse
Numéro de téléphone
Courriel

Chère future consœur, cher futur confrère,

Je réalise actuellement, en collaboration avec le département de Médecine Générale, une thèse sur l'information-santé des patients en étudiant les représentations et les connaissances du traitement hormonal substitutif de la ménopause (THM) par les patientes.

En effet, depuis son apparition sur le marché, le THM connaît une histoire mouvementée qui a largement été diffusée par les médias. Elle nous rappelle que «les vérités médicales», souvent fragiles, sont en perpétuelle évolution. Aujourd'hui, près de dix ans après le début de la polémique, les effets du THM en France sont encore sujets à débat. Cela ne facilite donc pas la pratique des médecins et encore moins l'information des patientes. Il me semble alors intéressant d'évaluer, au milieu de cette polémique, le vécu des patientes de ce traitement.

Cette étude consistera donc à interroger les patientes sur les connaissances et les représentations du THM et de la ménopause, ainsi que sur les moyens d'accès à l'information en matière de santé. Les entretiens, enregistrés et anonymes, dureront environ 30 minutes et s'effectueront au domicile des patientes.

La population étudiée correspond, ainsi, à des femmes âgées de 45 à 70 ans, traitées ou non, parlant correctement le français.

Pour la réalisation de cette étude, si vous êtes d'accord, vous serait-il possible de me donner les coordonnées d'une patiente volontaire afin que je puisse la rencontrer ?

Pour cela :

- remplissez le coupon ci-joint et glissez le dans l'enveloppe jointe à ce courrier
- je vous contacterai par téléphone pour vous donner de plus amples informations et, notamment, pour vous expliquer comment choisir une patiente
- conservez la lettre ci-jointe qui est adressée à la patiente et qui vous aidera à obtenir son accord .

Si vous souhaitez d'autres informations avant de me donner votre réponse, vous pouvez me contacter par courriel à l'adresse suivante : [e-mail](#)

Je vous remercie par avance de votre aide et vous prie de croire en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

ANNEXE 4 : LETTRE ADRESSEE AUX FEMMES

Gindre Jeanne
Numéro de téléphone

Madame,

Je me permets de vous contacter par l'intermédiaire de votre médecin, pour solliciter votre participation à un travail de recherche que je mène dans le cadre de mes études de médecine.

Pour cela, je réalise des **entretiens bénévoles** auprès de femmes âgées de 45 à 70 ans. Ces entretiens sont, en fait, des conversations de 30 minutes environ, qui se déroulent habituellement au domicile des personnes volontaires (mais qui peuvent également avoir lieu ailleurs).

Ces discussions sont enregistrées puis rendues anonymes pour **garantir la vie privée** des personnes qui ont la gentillesse de participer. Mon travail consiste, ensuite, à analyser les différentes conversations puis à rédiger ma thèse. L'enregistrement des entretiens ne sera pas non plus communiqué aux médecins qui suivent les participants.

Je vous serais reconnaissante de bien vouloir participer à ce travail dont le but est d'améliorer la prise en charge des patientes en médecine générale.

Si vous êtes intéressée, votre médecin me donnera vos coordonnées et je vous appellerai pour fixer un rendez-vous.

En attendant, si vous aviez la moindre question, n'hésitez pas à me contacter aux coordonnées ci-dessus.

Veuillez recevoir, Madame, mes salutations distinguées.

ANNEXE 5 : RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

Entretien avec Annick :

âge : 60 ans
situation familiale : mariée, sans enfant
profession : ancienne infirmière de bloc
hystérectomie avec conservation des ovaires en 94
prise de THM : oui (œstrogènes seuls depuis 1996)
suivi gynécologique par un MG

JG : Bonjour, Madame. Je suis étudiante en médecine et je suis actuellement en train de réaliser une étude sur la ménopause. Et c'est pourquoi j'interroge des femmes ménopausées. Si vous le voulez bien, l'entretien sera enregistré. Cela me permettra de travailler sur vos propos mais tout ce que vous me direz restera confidentiel dans le sens où votre nom n'apparaîtra jamais dans ma thèse et votre médecin ne saura pas ce que vous m'avez dit.

Annick : *D'accord.*

JG : Pour vous, que signifie la ménopause?

Annick : *Eh ben, je trouve que c'est un changement complet, on va vers la vieillesse, on passe un cap.*

JG : Pensiez-vous déjà la même chose avant d'être ménopausée ?

Annick : *C'est à dire que tant qu'on est jeune, c'est comme la retraite, on n'y pense pas de trop.*

La ménopause, pour moi, c'est la fin des règles et c'est d'éviter justement tout ce qui accompagne la ménopause. En fait, je n'ai pas eu le temps d'avoir beaucoup de problèmes de bouffées de chaleur (j'en ai eu 2) car j'ai quasi immédiatement pris un traitement, d'après les conseils de mon gynéco en 1996.

JG : Et le regard des autres ?

Annick : *D'avoir vieilli? La plupart des personnes vous respectent d'avantage.*

JG : Votre regard sur la ménopause est-il différent de celui de la société?

Annick : *Celui de la société est probablement plus dur. De toute façon, le regard sur une femme qui vieillit est beaucoup plus dur que sur un homme qui vieillit. Moi, je suis pour faire le possible pour améliorer la femme. Je m'étais même documenté sur la DHEA. (...) La féminité reste là si on y fait attention, comme à tout âge. Le THM peut aider à conserver une apparence de jeunesse.*

JG : Comment s'est passé l'instauration du traitement ?

Annick : *Eh bien, vous savez, je connaissais déjà tout ça puisque je suis de la génération pilule. Alors quand mon gynéco m'en a parlé, j'ai accepté. A l'époque, on parlait beaucoup de ces traitements.*

JG : Y a-t'il eu des répercussions particulières dans votre vie ?

Annick : *Non je n'ai pas trouvé, j'ai peut-être grossi un peu mais j'ai repris mon poids de jeune fille aujourd'hui.*

JG : Avez-vous déjà arrêté le traitement ?

Annick : *Non, sauf que je l'ai diminué au moment de la polémique.*

JG : Quels sont vos projets avec ce traitement?

Annick : *Le garder le plus longtemps possible.*

JG : En parlez-vous dans votre entourage?

Annick : *Oui, avec mes amies, surtout du THM. Certaines de mes amies n'en ont jamais voulu et moi je leur dis le bénéfice que j'en ai retiré. En fait j'en ai tiré de ne pas avoir changé, d'être bien dans mon corps. D'ailleurs, le fait d'avoir diminué la posologie, j'ai eu la peau très sèche. J'évite les bouffées de chaleur, je suis très très bien. Alors, bien sûr, je ne leur dis pas que ça ne donne pas de cancer du sein.*

JG : Que signifie ce THM ?

Annick : *Du bien-être et puis, moi qui ai des problèmes d'arthrose, je me dis que je préserve mon capital osseux. En plus, bien sûr, de l'alimentation, de la marche... Et j'additionne le traitement en prenant du calcium.*

JG : Qu'avez-vous entendu de la polémique ?

Annick : *Alors, j'avais compris que c'était l'addition des œstrogènes et des progestatifs qui posait un problème mais pas les œstrogènes seuls, je ne voyais donc pas pourquoi j'aurais du arrêter. Alors bien sûr je me suis inquiétée au départ mais j'ai bien écouté ce qui se disait et j'ai compris que je n'étais pas concernée. Ça m'a quand même poussée à consulter un gynéco que je ne voyais plus. J'en ai donc discuté avec lui et on s'est mis d'accord pour diminuer le traitement. D'ailleurs j'ai une amie qui justement prenait les 2 et elle a eu un cancer du sein. Si j'avais pris la combinaison des 2, j'aurais arrêté.*

JG : Où avez vous eu ces informations?

Annick : *En écoutant la radio, en lisant des journaux et en regardant internet.*

JG : Quels journaux?

Annick : *En fait c'est surtout via internet en utilisant Google et je cherche des sites médicaux plutôt que ce qui est grand public. Toute la presse, je la lis sur internet. J'ai une formation médicale de base (ancienne infirmière de bloc) et donc j'arrive à faire la part des choses. J'arrive donc à comprendre ces informations. Mais certaines femmes ont du mal à faire la part des choses. Par exemple, j'ai des amies à la gymnastique volontaire qui me disent : « mais comment ça, tu prends encore ce traitement? » Je leur dis : « mais vous faites erreur, il faut qu'il y ait les 2, si vous prenez de l'œstrogène, tout va bien. Voyez avec votre médecin, bien sûr. » J'essayais de les corriger.*

JG : Etes vous abonnée à des journaux féminins?

Annick : *Non.*

JG : Arrivez-vous à en parler avec votre médecin comme vous le souhaitez ?

Annick : Oui, puisque la dernière fois, je lui en ai parlé et c'est donc pour ça qu'il m'a dit que vous cherchiez des femmes à questionner.

JG : Est-ce vous qui abordez le sujet?

Annick : Oui, car je vais chez le médecin pour poser des questions en plus du renouvellement.

JG : Etes-vous satisfaite de l'obtention des informations médicales via votre médecin ou via les médias? Trouvez-vous que l'information est bonne?

Annick : Oui mais j'ai constaté que sur internet y a des choses erronées qui passent encore aujourd'hui et je trouve ça très gênant. Je trouve qu'on annonce aux femmes la « bérézina », que si elles prennent ce traitement elles auront toutes un cancer du sein. Et ça ce n'est pas normal que des personnes qui en plus ne sont pas médecins, se permettent de divulguer des fausses informations. Car moi j'en conclus qu'un THS apportent beaucoup de choses aux femmes sauf proscription bien sûr, par exemple, je comprends que les femmes qui ont un cancer du sein n'en prennent pas.

JG : Vous pensez donc qu'il y a plus d'avantages à le prendre que d'inconvénients?

Annick : Ben oui je pense. Certaines personnes ont fait des recherches longues et aussi certains laboratoires, c'est pour ...nous aider. C'est pas pour nous faire du mal. Enfin, je ne pense pas. La médecine est basée là-dessus. On voit les progrès qu'elle a fait. C'est pour aider le patient, c'est pas pour euh...

JG : Vous pensez que les médias sont trop pessimistes?

Annick : Oui, c'est comme pour les OGM(...)

JG : Vous pensez arriver à faire le discernement entre les informations erronées et les autres ?

Annick : Je le fais là parce que c'est un peu mon domaine mais j'imagine qu'il y a d'autres domaines où je vais gober des choses qui sont erronées. Je trouve que les médias sont en règle générale de très mauvais conseil. Ils divulguent des choses, ils ont un pouvoir éhonté en médecine ou autre d'ailleurs, c'est lamentable. Ils retournent les gens...

JG : Et internet?

Annick : Pour l'information c'est intéressant mais il faut savoir faire la part des choses. Ça peut être très dangereux.

JG : Et avec vos amis?

Annick : Oui j'apprends des choses car j'ai la chance d'avoir des amis médecins et pharmaciens.

JG : Discutez-vous des choses lues avec votre médecin?

Annick : Oui je vais en parler, la preuve : je vous attendais pour vous poser des questions.

JG : Etes-vous satisfaite des informations données par votre médecin ?

Annick : Oui, mais j'ai changé de médecin pour ça. J'estimais que ce n'était pas sérieux, je l'appelais « l'abatteur ». Il faisait de l'abattage carrément, je trouve ça inadmissible. Chez un médecin, on est là aussi pour être écouté et pour être conseillé. Et c'est pas pour faire du patient et donc du chiffre d'affaire. Ça allait trop vite. Le B.A.B.A., c'est d'écouter et d'informer. (...)

JG : Comment améliorer la consultation ?

Annick : Prendre du temps, avoir de l'intérêt pour ce sujet, bien expliquer aux patients, parler aussi de l'ostéoporose. (...)

Entretien avec Brigitte :

âge : 63 ans

situation familiale : mariée, un fils,

ménopausée à l'âge de 50 ans

ATCD double mastectomie

sympathectomie sur artère poplitée bouchée

prise de THM : non, en raison de CI

suivi gynéco par MG (avait un gynéco auparavant)

JG : Pour vous, que signifie la ménopause ?

Brigitte : Ben ça signifie avant tout l'arrêt des règles, c'est important. Avant je me disais : “ pourvu que je sois vite ménopausée”. Vu mon problème je ne l'appréhendais pas, je la souhaitais. En ayant un traitement par anticoagulant, j'avais des règles très très abondantes, c'était des hémorragies et ça m'angoissait. Alors le jour où ...ben voilà..., j'étais ravie. Les bouffées de chaleur, je m'en fichais.

JG : Ah d'accord...quelque part, ça a été libérateur alors, ce côté-là en tout cas?

Brigitte : Pour moi, oui. Alors bien sûr, la ménopause évidemment, c'est quand même pas la jeunesse, c'est le début déjà d'un âge certain, c'est toujours un peu angoissant, et puis on redoute toujours un peu pour sa féminité. Mais on va dire, qu'avec le recul, ce dont je m'aperçois, c'est que ... mmh, bon, j'ai peut-être pas cherché parce que je travaillais, j'avais d'autres choses à faire et pourtant, j'étais en contact avec des collègues avec lesquels on parlait assez librement. Mais on n'est pas assez avisé de la ménopause, de ce que ça peut engendrer et on n'ose pas en parler, c'est un petit peu dommage. Tant qu'on n'est pas ménopausée, on s'en fiche. Et pis, les personnes qui sont plus anciennes qui travaillent avec nous, on veut pas les écouter en se disant que c'est des histoires de vieilles[rires]. Non, mais c'est vrai, c'est comme quand j'avais trente ans, je lisais « Notre temps » chez ma mère, oh je disais c'est pas pour moi, c'est des bêtises.... c'est un petit peu ça quoi...et puis après, on s'aperçoit que, la ménopause, c'est tout un changement, notre corps change. Je crois qu'on n'est pas assez averti.

JG : Vous pensez que si vous aviez été mieux informée, si vous vous étiez plus intéressée à ce sujet là auparavant, vous l'auriez mieux vécu ?

Brigitte : Non, je ne l'ai pas mal vécue. Comme je vous dis, je la souhaitais. Bon, ben les bouffées de chaleur, j'en avais pas beaucoup. C'était pas terrible. Mais c'est pareil, au travail, j'étais rouge et je disais qu'il faisait chaud voilà... C'est pas ça, c'est plutôt qu'on est pas assez préparé, c'est plus intime... c'est plus pour parler de la sécheresse vaginale par exemple. Et ben ça, on le voit pas tout de suite, on s'en rend pas compte.

JG : C'est-à-dire que vous ne le saviez pas ou... ?

Brigitte : Non, je le savais mais je ne m'en rendais pas vraiment compte. Je l'ai pas pris très au sérieux. Et puis après, à partir du moment où je me suis sentie concernée, j'osais pas en parler. Alors, on n'ose pas en parler à son conjoint d'abord, parce que ... bon... c'est pas évident, et puis dans mon cas, mon couple avait vécu avec justement pas mal de problèmes. Pour

moi, ça été difficile. Jusqu'au moment où le Dr F. m'avait proposé de venir faire le frottis. Moi, j'ai trouvé que c'était très bien de sa part, j'ai dit oui et là, on en a parlé. Tandis que mon gynécologue qui était un monsieur... [Silence] Et puis pour lui... il ne me parlait pas du tout de ce problème alors... il me regardait, il me demandait. Il regardait plein de choses. Je dis pas qu'il ne me suivait pas, c'est pas ça. Mais on n'abordait absolument pas ce problème. Alors après, j'ai apprécié quand le Dr F. m'a dit : "où est ce que vous en êtes dans votre sexualité? Ne souffrez-vous pas de sécheresse vaginale". Et j'ai dit : "ben si". Alors elle me dit "vous savez qu'il existe des médicaments ?". Alors je lui ai dit : "non". Probablement parce que je ne voulais pas le savoir, parce que si j'avais voulu me renseigner... Alors elle m'a dit qu'on pouvait traiter avec des ovules. Et puis l'idée a fait son chemin, je me suis dit : "ben oui, pourquoi ne pas voir ce qui se fait...des gels lubrifiants, il y a plein de possibilités". Mais vous savez, c'est pas évident. Vous, vous êtes d'une autre génération. Moi, je suis entre deux générations. Avec ma mère, on n'en parlait pas : c'était tabou. Même maintenant, quand je parle de certaines choses avec ma mère, elle est contente parce que c'est des choses qu'elle ne connaît pas à 91 ans. Et puis, je n'ai pas eu de fille. Et puis c'est pas le problème des hommes non plus, ils en ont d'autres. Nous, on a la ménopause; eux, ils ont l'andropause : c'est pareil.

Mais on ne peut pas dire que je l'ai mal vécue. Par contre, il y a aussi des problèmes de poids. Alors, je vais vous dire, c'est presque ça qui m'a le plus dérangée. Je vais vous dire, j'ai toujours été très mince, je pesais 48 kg. Et puis, tout d'un coup, je me suis mise à grossir et ça m'a dérangée. Les bouffées de chaleur m'ont pas dérangée. Mais le problème de poids me dérangeait, on prend du ventre, on gonfle de partout, je vais pas me plaindre mais j'étais presque passée à 60 kg. Alors, j'ai reperdu un peu après. Parce que après, on en reperd. Mais on a une période où, tout d'un coup, on se met à gonfler de partout, on est un peu bouffie, on est obligé de changer sa garde robe, c'est pas agréable quoi. Le corps change et automatiquement, on se trouve moins belle.

JG : Est-ce que... j'allais dire... est-ce qu'avec la ménopause, le regard de l'autre change?

Brigitte : Oui, ça peut changer. Je vois par exemple mon mari, c'est un monsieur plutôt fort mais il n'a jamais supporté que je prenne du poids parce qu'il m'avait connu comme ça...mais bon ... non et puis c'est vrai que..., c'est pas simplement nos époux mais c'est en général... on arrive à un stade où on vieillit.

JG : Pour vous, la ménopause, ça marque la vieillesse?

Brigitte : Non, à l'époque, je ne l'avais pas vécu comme tel. Elle était tellement souhaitée. Non, moi ce que je dirais, ça n'a peut être rien à voir avec la ménopause mais c'est peut être une conséquence. C'est que la sexualité devient moins riche. Voilà, je sais pas, c'est sûrement les conséquences de la ménopause. Ce qui est un peu dommage, c'est que ...on sait pas bien comment faire et puis, en tant que femme, c'est difficile et pis... on essaie d'en parler et.... voilà. C'est délicat comme sujet mais je suis un cas un peu particulier de part mes problèmes de santé et ceux de mon mari. [...] Et puis dans un couple (ça fait 45 ans qu'on est marié), les choses changent, l'essentiel, c'est d'être ensemble. Mais c'est vrai que, la ménopause, c'est quand même un signe. Mais, vous voyez, je n'ai pas voulu teindre mes cheveux...[rises]

JG : Bon, vous avez l'air d'avoir quand même bien vécu votre début de ménopause mais est ce que vous pensez que, d'un regard plus général, la société a un point de vue différent du vôtre?

Brigitte : Oui, la société a un regard dur, vous savez, je pense en général pour les femmes qui vieillissent. Je ne veux pas faire de féminisme mais c'est vrai que, si vous regardez une émission du style «Questions pour un champion», vous avez droit à toute la panoplie : les couches...les gels... C'est vrai, ils sont quand même très durs.

JG : Est-ce que cela a influencé votre vécu de la ménopause?

Brigitte : Maintenant, c'est quand même mieux perçu qu'avant. Maintenant on a plein de choses : si vous allez en parapharmacie, vous avez plein de choses, même trop... pour les ventres plats... la peau qui vieillit. Bon, moi je n'ai jamais rien pris, je me dis que c'est la nature. Je me dis que je vais l'assumer comme ça. Mais c'est vrai qu'une femme ménopausée, c'est quand même une vieille femme. Même si plus ça va, plus les femmes s'entretiennent bien. Mais je pense aussi que c'est une idée reçue, c'est aussi ce qu'on veut bien individuellement en dégager. Je crois qu'il ne faut pas faire de complexe, culpabiliser, se dire « je ne suis bonne à rien ». Moi, j'ai longtemps travaillé en étant ménopausée, dans le commercial; alors les regards ont changé parce qu'on s'adressait plus à moi comme à une jeune femme. Il y avait peut être un peu plus de respect mais il pouvait y avoir encore quand même de la séduction. Une femme ménopausée peut encore séduire.

JG : Vous voulez dire qu'on se met une barrière toute seule ?

Brigitte : Voilà mais je crois qu'on n'ose pas. Parce que notre corps a changé. Mais je ne crois pas que ce soit une barrière. On se dit pas : « je suis ménopausée, c'est fini ». C'est pas vrai, c'est là où on se trompe, c'est là où on ne sait pas.

JG : Vous dites ça avec, finalement, la maturité et le recul? Vous aviez cette idée reçue là avant ?

Brigitte : Oui, je me dis : « on peut encore plaire et on peut encore vivre ». Comme certains retraités arrivent encore à former des couples avec de la sexualité. On peut vivre sa féminité avec les moyens qui nous sont proposés mais faut les chercher, les moyens. Peut-être qu'on n'est pas assez préparées ni informées. Peut-être que les médecins n'en parlent pas suffisamment. Moi j'allais chez un gynéco pour qui c'est son boulot et qui ne m'en a jamais parlé. Il a fallu que ce soit Dr F. qui m'en parle, qui m'a dit : « il existe des moyens et ce n'est pas parce que vous avez tel âge que c'est fini ».

JG : Avez-vous l'impression d'avoir été mal informée ou pas assez informée ?

Brigitte : Oui, ou peut être que je n'ai pas cherché l'information non plus. Le problème est qu'on n'en parle pas. C'est comme l'exemple d'une collègue de 10 ans de moins que moi qui me dit : « mais, c'est quoi la ménopause? ». Faut dire que sa mère est décédée jeune et puis, elle avait confiance en moi. Mais elle, elle m'en a parlé. Et là, je le lui ai dit. Mais, moi, ma mère m'en avait jamais parlé. Alors je ne sais pas si c'est un manque d'information ou un manque d'intérêt....

JG : Où puisez-vous vos informations en matière de santé ? Etes-vous abonnée à des journaux ou à internet?

Brigitte : Je lis "Notre temps", il y a beaucoup de choses même si au départ, je disais que c'était un truc pour les vieux. Mais c'est intéressant. Je vais surtout sur internet sur le site « Doctissimo » pour tout ce qui est médical. Et j'ai aussi un dictionnaire médical. [Elle me le montre]. Peu la télé.

JG : Arrivez-vous à trouver des informations correctes sans trop de difficultés ?

Brigitte : Oui, je pense que l'information est bonne. Par exemple, si on veut connaître son corps, parce qu'avant, on nous expliquait pas, c'était tabou. Moi, à 13 ans, ma mère m'avait à peine expliqué que j'allais avoir mes règles. Alors que, maintenant, on est envahi. Si on veut connaître son corps, on peut. Il y a encore des choses que je vais chercher régulièrement.

JG : Reparlez-vous des informations que vous avez trouvées avec votre médecin?

Brigitte : *Oui, sans problème, elle est très à l'écoute et je peux lui poser des questions.*

JG : *Le THM, même si vous en avez jamais pris, en avez-vous entendu parlé quand même ?*

Brigitte : *Par mes amies. Presque toutes mes amies en prenaient. J'en avais une qui avait des bouffées de chaleur incroyables. D'autres en ont pris qu'un temps. Mais elles ont toutes trouvé ça très bien. Ça leur a toutes amené du confort.*

JG : *Mais vous, vous en pensez quoi ?*

Brigitte : *Je ne sais pas. Ça été très controversé quand même. Peut être qu'il faut laisser faire la nature. Encore un truc pour améliorer. Mais qui fait courir quel risque ? Quand on voit tous les cancers du sein.*

JG : *Avez-vous entendu parler de la polémique ?*

Brigitte : *C'est vrai que je ne me suis pas trop intéressée parce que je n'étais pas concernée. Les généralistes disent qu'il faut pas le prendre plus de 10 ans. Est ce que c'est vrai ou non ? Est ce qu'on ne sait pas bien ? Est ce que c'est des idées reçues ? Est ce que ça a été bien étudié ? Est ce que ça donne vraiment des cancers ? Peut être, que, vouloir du confort à tout prix, ça ne va pas nous retomber dessus ? Le message est quand même passé et toutes mes amies ont fini par l'arrêter.*

JG : *Je reviens sur la polémique. Avez-vous réussi à comprendre le fond de la polémique ?*

Brigitte : *Je ne m'y suis pas bien intéressée mais j'ai compris qu'on n'était pas sûr du traitement et qu'il pouvait y avoir quelques risques de cancers du sein. Mais je n'ai pas entendu d'autres désagréments.*

JG : *Auriez-vous voulu le prendre si vous n'aviez pas eu de contre-indication ?*

Brigitte : *Non, je ne pense pas.*

JG : *Vous pensez que le sujet de la ménopause n'est pas assez abordé lors de la consultation médicale ?*

Brigitte : *Oui, je crois. Je pense que, quand on arrive à 45 ans, les médecins devraient aborder le sujet. Et le plus souvent, il n'est pas abordé.*

JG : *A quoi c'est lié ?*

Brigitte : *Je pense que le médecin a tellement de choses à voir, les femmes viennent quand elles sont malades et voilà quoi.*

JG : *Comment améliorer les choses ?*

Brigitte : *Le gynécologue devrait en parler. A 40 ans, on arrête la pilule et on met un stérilet puis après on devrait aborder le sujet. J'aurais aimé qu'on me rassure. Qu'on me dise : « bon, c'est ça la ménopause, c'est pas grave, y a des moyens pour y remédier, et puis c'est un état, c'est pas une maladie. C'est comme quand on est ado et qu'on va avoir ses règles. C'est pas la fin de la vie ». C'est être rassurée. "Votre sexualité pourra continuer, on a des moyens de confort".*

JG : *Alors, vous parliez de maladie, peut-être avez-vous pensé que la ménopause pouvait être une maladie ?*

Brigitte : *Non, mais besoin d'être rassurée, en disant que je risque d'avoir des bouffées de chaleur, des sécheresses... mais qu'on peut faire avec. C'est vrai qu'on n'ose pas en parler, peut être est-ce lié à une autre génération ? On n'ose pas, non plus, en parler à son conjoint. Parce qu'on se dit qu'on n'est plus désirable. Et puis les hommes ont leurs problèmes aussi. Surtout quand c'est des vieux couples.*

JG : *Alors, au sein de la consultation, y a-t'il besoin de devancer les questions ?*

Brigitte : *Oui, peut être qu'il y a des femmes qui posent les questions. Mais c'est vrai que mon gynéco ne m'avait jamais parlé de sexualité en 20 ans de suivi. Mais le Dr F. l'a fait rapidement. Elle m'a dit : « où en êtes vous dans votre sexualité ? »*

JG : *Peut-être que cette question vous a choquée alors ?*

Brigitte : *Ben, j'ai été surprise parce que c'était la première fois. Mais quelque part, ça m'a libéré parce que j'avais besoin d'en parler. Et on n'en parle pas facilement, même si on a des amies. Avec mes amies, on parle de la ménopause mais pas de la sexualité. Entre amies, jamais on se demanderait si on a encore des relations avec son mari. On n'en parle pas de ça.*

JG : *Donc, à part la possibilité de parler de ça avec votre médecin... ?*

Brigitte : *Ben oui, on se dit qu'il est là pour nous aider et qu'il ne va pas nous raconter de bêtises. Je parle de ça mais vous êtes très jeune, ça me gêne un peu de vous en parler mais je vous considère comme médecin.*

JG : *Oui, c'est vrai mais ce que vous me dites est très intéressant pour mon travail. Je vous remercie de m'avoir reçu et d'avoir répondu à mes questions.*

Entretien avec Colette :

âge : 57 ans
situation familiale : mariée, 3 garçons
profession : femme au foyer
ménopausée depuis 6 ans
prise de THM : non
suivi gynéco par le gynécologue une fois par an

JG : *Pour vous, que représente la ménopause ?*

Colette : *Rien, à part l'arrêt des règles avec quelques désagréments : bouffées de chaleur la nuit. Mais franchement, je ne fais pas partie des personnes qui ont été enquinées par ça.*

JG : *Avez-vous bien vécu son arrivée ?*

Colette : *Oui, c'est arrivé à cet âge-là parce que ma mère l'a eue à cet âge-là. Je m'y attendais. Je l'ai très bien vécue. Ça n'a pas été une étape difficile.*

JG : *Est ce que ça s'assimile à la vieillesse ?*

Colette : *Non, [rire], même si c'est le cas. Non, ça ne m'a pas posé de problème particulier.*

JG : *Que pensez-vous du regard de la société ?*

Colette : *Les gens pensent que c'est un cap dans la vie et qu'on passe dans la catégorie des personnes plus âgées. Mais cela ne me pas touche pas particulièrement.*

JG : *Et le traitement, pourquoi vous en n'avez pas pris ?*

Colette : *Non, j'étais contre d'emblée parce que c'est arrivé au moment où il y a eu toute cette histoire. C'est arrivé à ce moment-là, mais ce n'est pas pour ça que je ne l'ai pas pris. J'étais déjà contre avant. Parce que ma mère avait eu un cancer du sein et, en plus, j'ai du cholestérol. Donc je m'étais dis que j'en prendrai pas.*

JG : C'est à cause des inconvénients et des risques?

Colette : *Oui, je pense. Et cette histoire est arrivée en même temps.*

JG : Qu'est-ce que vous avez entendu de cette polémique?

Colette : *Que ça peut donner des cancers du sein. C'est ça, je pense...*

JG : D'autres choses ?

Colette : *Non, c'est tout. C'est surtout ça que j'ai retenu.*

JG : Quels sentiments avez-vous face à ce traitement ?

Colette : *J'ai pas été effrayée parce que j'avais pas besoin de le prendre. Je me suis dit que heureusement finalement queDe toute façon, je ne l'aurais pas pris ce traitement. Mais du coup, je ne me suis pas sentie bien concernée. J'en ai parlé à mon gynéco qui m'avait dit : «oui, mais il y a plusieurs traitements, et en France il n'est pas... on manque de recul en fait. C'est des analyses qui ont été faites au Etats-Unis et en France on n'a pas le même traitement.... » mais je pense que si j'avais été concernée et que j'aurais voulu le prendre, et ben du coup : je ne l'aurais pas pris. Ou je l'aurais arrêté.*

JG : Avez-vous beaucoup entendu parlé de cette histoire à cette époque?

Colette : *Ben oui, parce que j'étais concernée en plus. Ma ménopause débutait juste. Et que je lisais des articles dans les journaux féminins ou autres... donc c'est vrai je me suis intéressée à ça et je m'étais dit que je ne le prendrai pas.*

JG : Où en avez-vous entendu parlé ?

Colette : *Ben à la télé, dans les journaux féminins...*

JG : Vous êtes abonnée?

Colette : *Non, je les achète : «Elle... ». Oui, et puis j'en parlais autour de moi*

JG : A vos amies ou à votre famille?

Colette : *Non, pas vraiment... oui ça a pu m'arriver, je suis d'une famille de filles alors on a dû en parler un peu entre nous.*

JG : Ce n'est pas un sujet qui vous préoccupe plus que ça?

Colette : *Non, pas du tout. Ça fait partie des choses comme tout : on est réglée puis on a des enfants puis on est ménopausée...Ça fait partie du quotidien, c'est la vie.*

JG : Où est ce que vous avez puisé vos connaissances : éducation familiale, les médias... ?

Colette : *Oui, c'est vrai que je suis issue d'une famille de médecins, mon père était médecin. Alors c'est vrai que c'est des choses dont on parlait. Mais je ne crois avoir parlé de ça avec lui quand ça m'est arrivé. C'était déjà un vieux monsieur à cette époque là.*

JG : Vous trouvez que l'accès à l'information est facile?

Colette : *Oui.*

JG : Trouvez-vous qu'on en a beaucoup parlé?

Colette : *Oui, c'est vrai que ça été beaucoup médiatisé. On en a beaucoup parlé à cette époque-là mais maintenant on n'en entend plus parler. Je crois que maintenant, même avec internet...*

JG : Vous vous servez d'internet?

Colette : *Non, pas du tout.*

JG : Et la ménopause et son THM, vous en parlez avec votre médecin?

Colette : *Oui j'en reparle de temps en temps.*

JG : Qui est-ce qui aborde le sujet?

Colette : *On en a parlé récemment parce que j'ai un garçon qui est adolescent et il devait faire justement un travail sur la contraception. Et on y est allé pour autre chose et puis on a parlé de ça.*

JG : Vous vous sentez assez bien informée ou avez-vous l'impression d'avoir des lacunes ? En parlez-vous facilement à votre médecin?

Colette : *Non, j'en ai peut-être des lacunes. Non, mais même de regret concernant ce traitement-là, non, je n'en ai pas. Ça apporte sûrement quelque chose, c'est clair au point de vue de la peau, de la ligne... Mais je ne me sentais pas concernée par ça, j'ai trop peur des inconvénients. Et puis, j'ai une sœur qui vient de se faire opérer de ça... Alors ça me conforte dans cette idée-là.*

JG : Que connaissez-vous des avantages du traitement?

Colette : *Euh... la peau, peut-être la ligne...je pense que, au niveau de la sécheresse vaginale.... je sais aussi qu'il ne faut pas le prendre longtemps.*

JG : Connaissez-vous des personnes dans votre entourage qui ont arrêté ce traitement à cause de... ?

Colette : *Non mais c'est vrai qu'on n'en parle pas beaucoup. Je fais de la gym mais elles sont plus jeunes.*

JG : Avant d'être ménopausée, vous sentiez-vous concernée par ça?

Colette : *Oui, ben je savais que ça allait m'arriver. Mais ce ne m'a pas troublée du tout.*

JG : Au sein de la consultation médicale, vous sentez-vous assez informée? Par exemple, certaines femmes m'ont dit qu'elles n'osaient pas aborder le sujet...

Colette : *Non, franchement, je n'ai pas eu de soucis. Je posais les questions si j'en avais.*

JG : Et sur un plan plus général, parfois vous allez sur internet pour vous informer en matière de santé? Ou bien allez-vous plus lire...?

Colette : *Non franchement, j'utilise très peu internet. Mais c'est vrai que si j'avais des questionnements, si j'avais besoin de m'informer, j'irais sur internet.*

JG : Est ce que vous reprenez, en consultation, des informations en matière de santé que vous avez obtenues ?

Colette : *Non, mais on en parle moins.*

JG : De la ménopause et du traitement ?

Colette : *Oui, je trouve qu'on en parle moins. Est ce qu'il y a des femmes qui le reprennent ?*

JG : Oui mais moins, c'est vrai. Voilà et bien merci.

Entretien avec Danielle :
 âge : 65 ans

situation familiale : mariée, 2 enfants
profession : aucune
ménopausée depuis 1985 suite à une hystérectomie (avec conservation d'un ovaire) sur fibrome hémorragique
prise de THM : oui, pendant 8 ans puis arrêt
suivi gynécologique par médecin généraliste

Danielle : *J'ai été ménopausée suite à une hystérectomie (avec conservation d'un seul ovaire) à l'âge de 42 ans. Après je n'ai plus rien eu : cela m'a libérée. Vraiment.*

JG : Ah bon?

Danielle : *Oui, les dernières années, c'était épouvantable. Plus le temps passait, plus je perdais mon sang, alors que cela aurait dû être l'inverse.*

JG : Donc finalement pour vous, cela n'a pas été un moment négatif ou difficile?

Danielle : *Ah non, pas du tout. Ce n'est pas comme une dame à coté de moi à l'hôpital, une demoiselle non mariée d'environ 45 ans, qui voulait absolument une chirurgie conservatrice. Le chirurgien lui avait dit qu'il faisait comme il pouvait et qu'il ne pouvait pas savoir avant d'avoir ouvert le ventre.*

JG : Et vous, vous aviez du mal à comprendre son souhait?

Danielle : *Si elle avait été mariée, oui. Mais je trouve que ce n'est pas à 45 ans, qu'on prévoit d'avoir des enfants. Mon chirurgien m'avait demandé si c'était un problème si elle était non conservatrice. Alors je lui ai dit que non, pas du tout. J'avais un garçon de 19 ans et une fille de 13 ans. Cela suffisait. Il m'a alors répondu que je lui enlevais un gros poids. Moi je lui ai dit que je voulais être libérée de ce fibrome. J'avais trop peur de faire une hémorragie quand on allait à la campagne.*

JG : Si je vous dis, qu'évoque la ménopause pour vous? Cela évoque-t-il autre chose que cet esprit de libération?

Danielle : *Non, pas spécialement car cela s'est fait très rapidement.*

JG : Vous n'avez pas eu le temps de vous poser la question?

Danielle : *Non, pas du tout. Je me suis dit : « on verra bien comment ça va se passer ». Je n'ai jamais été aussi bien qu'après.*

JG : Et quand on vous a annoncé que vous risquiez d'être ménopausée ?

Danielle : *Non, je m'en souviens pas. Cela ne m'a pas marquée.*

JG : Vous avez eu d'autres répercussions dans votre vie de tous les jours?

Danielle : *Il y a aussi une chose dans la vie de couple : la sécheresse vaginale qui s'installe dans le temps. Ah si, il m'avait prévenu que je risquais d'être ménopausée et que je pouvais avoir des bouffées de chaleur. Et cela ne m'a pas raté. J'en ai beaucoup la nuit, le jour. Et j'en ai encore, un peu moins. Je ne sais pas si c'est encore lié à la ménopause. C'était pénible, super pénible. Cela faisait sourire ma mère que je gardais et qui me trouvait rouge. Non, sinon, il ne m'avait pas prévenu d'autres choses.*

JG : Avant d'être ménopausée, vous aviez des idées sur la ménopause?

Danielle : *Non, j'y pensais jamais. Non. Pas du tout. Parce que ma mère, j'ai rien vu du tout car elle a commencé à être ménopausée après ma naissance et elle a eu très peu de bouffées de chaleur. Alors c'est pour ça que cela la faisait rire quand j'en avais : elle trouvait que je faisais la comédie. Et puis, je ne voulais pas prendre de traitement au début. Et je me disais : « ça va passer » et puis quand j'ai vu que cela durait (> 1an), je me suis dit : «c'est bon, je vais aller voir le médecin et on verra bien ce qu'il me conseillera ».*

JG : Pourquoi vous ne vouliez pas prendre le traitement au début?

Danielle : *Parce que c'est un traitement hormonal quand même. On ne sait jamais ce que cela peut produire. Et puis, on entend dire des tas de choses, que ça peut donner des cancers. Ça peut déclencher ceci, cela. J'avais pas trop envie.*

JG : Le traitement était associé à quel sentiment? De peur?

Danielle : *Non, pas de peur. Mais simplement à force d'entendre le «quand-dira-t-on», on est un peu réticent au début. Mais, vous savez, quand vous souffrez depuis plus d'un an de bouffées de chaleur...*

JG : Quand avez vous commencé le THM ?

Danielle : *En 1997, et je l'ai arrêté une première fois en 2003 et puis j'ai voulu le reprendre à cause des bouffées de chaleur qui ont réapparu dans les semaines suivantes. Mais je l'ai repris un an et cela n'a pas marché. Jusqu'à que le médecin me dise que cela faisait 8 ans que j'étais traitée et que j'étais vaccinée maintenant. Si je puis dire. Et donc, j'ai arrêté progressivement les patchs.*

JG : La décision d'arrêt du traitement vient de votre médecin alors ?

Danielle : *Non, parce qu'il me le prescrivait quand même. Et moi, j'ai été en espaçant petit à petit et je me disais que j'allais réussir à arrêter en plein.*

JG : Vous, vous souhaitiez arrêter le traitement à ce moment-là aussi ?

Danielle : *Oui, un petit peu quand même. Car quand on arrive à presque une dizaine d'année de traitement, c'est long.*

JG : Pourquoi c'est long, parce que c'est contraignant?

Danielle : *Non, ce n'est pas contraignant. Mais le docteur m'en avait parlé quand même un petit peu. Il m'avait dit qu'au bout d'un certain temps, il fallait peut être essayer d'arrêter. Un jour, je suis tombée sur un remplaçant qui m'avait dit qu'il fallait ralentir un petit peu et espacer progressivement les patchs pour au final l'arrêter.*

JG : Pourquoi? Parce qu'il pensait aux effets secondaires?

Danielle : *Oh non à ce moment là, je ne me posais plus de question. A ce moment là, je ne pensais plus aux effets secondaires. Ah si.... Enfin, moi j'y pensais pas mais j'ai une amie qui prenait un traitement et elle m'a dit : “vous savez moi, mon médecin m'a fait arrêter le patch parce que quand même il y a des risques de ...” Vous savez c'était une période où on recommençait à parler du risque de provocation de cancer du sein, entre autres avec le traitement. Ce serait quand même bête. Et puis elle avait un petit quelque chose au sein donc elle a arrêté. Alors je me suis dit pourquoi pas moi et c'est de là que j'ai commencé à ralentir. Mais quand j'ai arrêté, les bouffées de chaleur ont repris.*

JG : Maintenant qu'évoque le THM pour vous?

Danielle : *Un bien être parce que les sécheresses vaginales c'est l'enfer. Avec ça, il y en avait pas.*

JG : Vous connaissez d'autres avantages ou inconvénients du THM ?

Danielle : *Non.*

JG : Vous avez entendu quoi de la polémique?

Danielle : *C'est mon docteur qui m'en avait parlé. Il m'avait dit : « je vous le supprimerais bien parce qu'il y a quand même ce risque ».*

JG : Vous n'en aviez pas entendu parler dans les journaux, à la télévision?

Danielle : *Non, au début je ne faisais pas attention. Et puis après, j'ai mieux écouté et c'est vrai qu'ils en parlaient un petit peu mais cela ne m'avait pas particulièrement sonné.*

JG : C'est plus votre médecin et votre amie?

Danielle : *Oui, elle m'a dit que son médecin lui avait vraiment dit qu'il y avait des risques. Et c'est vrai que je faisais bien confiance en son médecin aussi. [...]*

A l'arrêt du traitement, j'ai fait un petit peu de « Phytosoja » et puis le « Soyam ». Mais ce dernier est passé de 3 comprimés à un seul : et cela ne me faisait plus rien du tout. J'ai donc tout arrêté.

JG : Alors la polémique ne vous a pas plus marquée que ça?

Danielle : *Non, enfin si, j'ai été effrayée les 15 premiers jours et puis c'est tout.*

JG : Quand votre amie vous a dit ça, vous en avez reparlé avec votre médecin ?

Danielle : *Oui, je lui en ai reparlé mais il m'avait déjà prévenue. Et j'en ai quand même parlé avec mon mari et on s'est dit que ce n'était quand même pas agréable d'avoir un cancer du sein non plus. J'en ai pas eu dans ma famille. Mais bon.*

JG : C'est quand même pendant la polémique que vous avez arrêté le traitement?

Danielle : *Oui quand même, sinon j'aurais attendu l'avis du médecin tout bêtement.*

JG : Si je vous dis que la ménopause est une maladie. Du fait du traitement.

Danielle : *Non ce n'est pas une maladie, c'est surtout un état où on n'est pas bien. Non, la ménopause ne m'a pas tracassé du tout. J'ai pas fait de « déprim' ».*

JG : Est ce que vous pensez que le regard de la société est différent du vôtre ?

Danielle : *Non , on voit de toutes sortes. Il y a tellement de femmes qui se mettent à pleurer parce qu'elles sont ménopausées. C'est comme la marchande de journaux qui avait beaucoup de bouffées de chaleur et qui devenait écarlate. Et je lui disais : "vous devriez quand même vous faire traiter, maintenant il y a des moyens...". Elle me répondait « ouh... non je ne veux pas y aller ».*

JG : D'où viennent vos connaissances sur la ménopause et le THM?

Danielle : *Un peu mon médecin. Et mes 4 belles-sœurs. On en parlait de temps en temps. Et puis je suis dans les dernières.*

JG : Avec votre mère peut-être ?

Danielle : *Oh non, parce que ma mère avait plus de quarante ans quand je suis née. Ce n'était pas un sujet tabou mais elle avait d'autres préoccupations quand cela m'a concernée. A son âge, elle avait d'autres soucis. Et puis on en parlait avec ma voisine.*

JG : Et télévision, journaux, internet?

Danielle : *Non pas du tout internet, mon fils nous a assez cassé les oreilles avec ça. Les journaux, oui, un peu au coup par coup. Quand je tombe sur des articles de ce style... Je suis abonnée à «Pleine vie», « Que choisir ».*

JG : Quelles discussions ont été les plus importantes?

Danielle : *Autant le médecin que mon entourage.*

JG : Vous abordez le sujet en consultation?

Danielle : *Plus maintenant mais quand c'était le moment oui. Et puis après, il m'a mis le traitement alors on n'en parlait plus.*

JG : C'est vous qui abordiez le sujet ?

Danielle : *Oh tout les deux je crois. Parce que moi j'y allais parce que j'avais trop de bouffées.*

JG : Vous vous sentez bien informée?

Danielle : *Oh je sais pas, alors je prétends pas tout savoir, être informée complètement.*

JG : Non, mais vous, votre ressenti, vous en savez assez à votre goût ?

Danielle : *Ben pour moi, oui, ça me suffit.*

JG : Si vous aviez des questions?

Danielle : *Je les poserais au docteur.*

JG : Merci.

Entretien avec Eliane :

âge : 59 ans

situation familiale : célibataire sans enfant

profession : professeur

ménopausée depuis 5 ans

prise de THM : non, jamais

suivi gynécologique par gynécologue

JG : Qu'est-ce qu'évoque, pour vous, la ménopause ?

Eliane : *Ça évoque l'arrêt des règles et l'arrêt de la fertilité. Sachant que je n'ai pas d'enfant mais que la fertilité fût pour moi une... disons... une angoisse vers l'âge de 40 ans, c'est à dire au moment où je me suis rendue compte que les choses étaient du côté du passé et de l'irréversibilité. Ceci dit, j'ai pris la pilule pendant de nombreuses années. Je n'ai pratiquement pas d'activité sexuelle pour une raison très simple : c'est que les individus masculins que j'ai connu étaient d'une lâcheté qui s'est accumulée. Je n'ai pas rencontré de géniteurs dignes de ce nom. Somme toute, je préfère plutôt être célibataire sans enfant plutôt qu'être mère célibataire car je ne voudrais absolument pas que mon enfant souffre de restrictions matérielles et affectives. Je n'ai absolument pas voulu être une mère célibataire qui fasse un enfant avec un étalon, (et je connais des femmes qui l'ont fait); et pour moi, je trouve ça d'une barbarie absolument innommable.*

JG : Pour vous, quel sentiment y a-t'il autour de l'arrivée de cette ménopause ?

Eliane : *L'irréversibilité de la fertilité.*

JG : Est-ce qu'à l'arrivée de la ménopause, cela a été difficile ou est-ce que vous étiez déjà préparée ?

Eliane : *Alors, l'arrivée de la ménopause n'a pas été difficile parce que c'est surtout vers l'âge de 40 ans que cela a été difficile. Sur le plan des symptômes, c'est surtout la préménopause qui a été difficile car j'avais des règles abondantes qui arrivaient à tout bout de champ. Je tâchais parfois mon pantalon. J'étais obligée de me trimballer toujours avec des Tampax. Alors finalement, la ménopause a été du coup plutôt un confort. Et c'est vrai que c'est autour de 40 ans avec cette histoire de la fertilité, à savoir que je n'aurai pas d'enfant qui a été douloureuse. Et puis après, ben ma foi, j'en ai pris mon parti.*

JG : Est-ce que cela a changé quelque chose dans votre vie quotidienne?

Eliane : *Absolument pas. Car je n'ai jamais eu de bouffées de chaleur, absolument rien. Si ce n'est que je n'achète plus de Tampax, je n'ai plus de règles. Ma mère m'avait quand même prévenue. Alors que, dans la famille, on avait été très pudique sur ce genre de sujet : je veux dire que, par exemple, quand j'ai eu mes règles je savais à peine ce que c'était; à part que ça allait arriver mais... Elle m'a dit que quand les règles allaient s'arrêter, elles allaient devenir plus abondantes... C'est tout ce que je savais à ce sujet.*

JG : Comment la vivez-vous?

Eliane : *Comme un continuum et c'est plutôt les conséquences dermatologiques qui me gênent, c'est-à-dire les rides. Comme je ne suis pas grosse, on sait que les rides se manifestent davantage chez les femmes qui sont plutôt minces. Et au niveau de l'ostéopénie justement dont je suis atteinte, je prends Idéos tout le temps. Et c'est pour ça aussi que je continue à avoir une activité physique soutenue : 2 kilomètres de piscine par semaine et une fois par semaine de la danse notamment pour mon problème de colonne cervicale [...]*

JG : Est-ce que la ménopause rime avec vieillesse?

Eliane : *Ah ben oui, même si ce mot-là me déplaît. Je dirais que c'est surtout au niveau des manifestations dermatologiques.*

JG : Surtout au niveau de l'apparence, vous voulez dire ?

Eliane : *Oui oui effectivement, c'est surtout au niveau de l'apparence.*

JG : Que pouvez-vous me dire sur le regard de la société par rapport à la ménopause?

Eliane : *Je dirais que le regard de la société, c'est surtout par rapport aux rides. Je peux vous dire un truc par exemple, très simple : une fois dans la classe, j'ai entendu une élève me dire : « ah ben tiens, vous devriez mettre des crèmes antirides ». Alors qu'évidemment, j'utilise un pactole de trucs. D'ailleurs, j'envisage de me faire des petites injections et si d'ailleurs vous aviez quelques adresses...*

JG : euh, non[...]

Eliane : *C'est vrai que j'ai un budget dermato important. J'utilise des produits qu'on ne trouve qu'à Paris, New York ou Moscou. Ce sont des sérums purs qu'on met sur la peau et des crèmes également. Mais comme je ne suis pas enrobée, je sais... En plus, j'ai une peau fine.*

JG : Alors ça, c'est pour votre bien-être ou c'est le regard des autres qui est important?

Eliane : *C'est surtout pour moi. Je considère que la seule chose qui m'appartient : c'est mon corps. Même si je suis propriétaire de mon appartement. Et cela, je le tiens de tous mes accidents. [...] Ça change la vie quotidienne. C'est une autre philosophie de la vie. Je sais que chaque jour est une nouvelle vie. [...] Effectivement j'ai toujours été une battante, je dirais presque une guerrière.[...] Parce qu'effectivement mon seul bien est ce que je suis et donc ce que je suis physiquement. [...]*

JG : Avez-vous déjà entendu parler du THM?

Eliane : *Oui, j'en ai entendu parler mais je ne l'ai jamais appliqué car je n'ai eu aucun symptôme de la ménopause si ce n'est l'arrêt des règles.*

JG : Vous ne vous êtes pas plus posée de questions que ça ou on vous l'a jamais proposé?

Eliane : *Disons que la seule conséquence que m'a dit la gynéco est la sécheresse vaginale et je prends Citrelle pour ça.*

JG : On ne vous a jamais proposé de traitement?

Eliane : *Non.*

JG : Le THM évoque quelque chose pour vous?

Eliane : *Je suppose que c'est un traitement au niveau hormonal et qu'il a des conséquences au niveau de l'apparence. J'ai l'impression qu'il fait grossir non?*

JG : Et vous n'auriez pas aimé le prendre?

Eliane : *Disons que dans la mesure où je n'ai pas ces bouffées de chaleur. Alors, comment je sais que les bouffées de chaleur existent ? Et ben, c'est par mes copines qui me disent : « oh là là, les bouffées de chaleur... » alors qu'elles sont plus jeunes que moi.*

JG : Vous connaissez les intérêts du THM?

Eliane : *Non, j'ai toujours pensé que c'était lié à ces histoires de bouffées de chaleur et pour l'ostéopénie. C'est pour ça que je fais une heure de marche par jour pour aller au boulot. Je suis très tonique quand je marche. Et puis, je fais attention à mon alimentation (protéines, laitages, fromages, poissons).*

JG : Avez-vous entendu parlé de la polémique qui a eu lieu il y a quelques années?

Eliane : *Vaguement... Justement qu'il pouvait y avoir des conséquences négatives. Alors moi, j'étais très contente... euh peut-être je me suis demandée si il n'y avait pas eu des décès liés à des cancers, non? Alors, comme pour moi le mot cancer, c'est le cancer de ma mère et puis il y a eu quelques cancers autres du côté de ma mère. Alors moi, j'ai toujours pensé qu'être quelqu'un de tonique... Mon médecin, il me le dit, il est épaté de voir comment je m'en sors avec mon passé[...].*

JG : Avez-vous un sentiment par rapport au THM ?

Eliane : *Moi, je le considère comme un palliatif pour les personnes qui ont des symptômes de la ménopause. Comme moi je n'ai pas ces symptômes sauf l'ostéopénie. Mais je prends Idéos, je marche, je fais attention à mon alimentation. Avant, il y a un an, je ne faisais pas tout ça. [...]*

JG : D'où avez-vous vos connaissances sur la ménopause?

Eliane : *J'en ai pas...*

JG : Votre mère?

Eliane : *Une fois, un peu. Mais c'était plutôt tabou dans la famille. Il y a pratiquement pas eu de dialogue avec ma mère. Une*

fois, elle m'en a parlé alors que moi, je ne lui en parlais jamais. Les copines m'ont parlé des bouffées de chaleurs. Et le Dr Z, je crois qu'elle a écrit là-dessus, mais c'est vrai que je ne l'ai pas lue.

JG : Vous me parliez de la bibliothèque municipale tout à l'heure?

Eliane : Ah ben c'est vrai que je vais à la bibliothèque. J'ai regardé notamment un livre sur les vertiges de Mérière. Mais c'est vrai que je ne suis jamais allée chercher sur la ménopause. Mais je vais peut-être y aller maintenant... [...]

JG : Et sinon, vous puisez vos informations en matière de santé chez les médecins ?

Eliane : Oui, mais c'est vraiment peu pour la ménopause.

JG : Comment aviez-vous entendu parler de la polémique?

Eliane : A l'époque, j'étais abonnée à des magazines style « magazine santé » et j'écoutais des émissions sur la santé.

JG : Et internet?

Eliane : J'ai internet mais c'est vrai que, pour la santé, je ne m'en suis pas du tout inquiétée.

JG : Pensez-vous que le sujet de la ménopause est assez abordé en consultation médicale? Etes-vous satisfaite?

Eliane : Alors, je pense que cela aurait été à moi de poser les questions. Par exemple, avec mon médecin généraliste, il sait que si il y a un truc qui ne va pas, je lui pose la question et il m'explique. Mais c'est vrai que je n'ai pas posé de questions au gynécologue.

JG : Globalement, vous sentez-vous assez bien informée, sur la ménopause notamment?

Eliane : Je pense que si je voulais d'avantage de réponses, j'irais à la bibliothèque.

JG : A la bibliothèque, vous arrivez à avoir des réponses pertinentes?

Eliane : Oui, je pense. [...]. J'ai eu ce que je cherchais.

JG : Quels sont vos critères de sélection?

Eliane : Si je recherche quelque chose sur la ménopause, ce sera plutôt sur ce qui ne se voit pas, la dégradation de l'appareil génital et puis sur la peau. Alors maintenant, je ne m'expose plus au soleil. [...]

JG : Très bien, merci.

Entretien avec Francine :

âge : 55 ans
situation familiale : mariée
travaille dans un laboratoire
ménopausée depuis 2006
prise de traitement : non
suivi gynéco par gynécologue

JG : Qu'évoque pour vous la ménopause ?

Francine : Ben, c'est déjà l'arrêt des règles, du point de vue purement mécanique. Et puis c'est l'âge qui avance. Surtout pour les femmes. Bien que les hommes aussi. Mais c'est très important pour les femmes. C'est aussi une nouvelle étape.

JG : Vos sentiments : positifs, négatifs?

Francine : Non, je suis plutôt optimiste. J'essaie de voir ça parce que je me dis qu'on ne peut rien y faire. Je me dis que j'ai encore de la chance d'être là. Et puis, en pas trop mauvaise santé. Je me dis que c'est vraiment une autre étape de la vie.

JG : Y a-t-il des répercussions dans votre vie de tous les jours?

Francine : J'ai des petits problèmes d'articulations. J'ai de l'arthrose au genou. Je faisais beaucoup de footing. Puis, en préménopause, je suis tombée plusieurs fois. J'ai fait des examens. On m'a dit que j'avais de l'arthrose. Mais je pense que c'est lié à la ménopause aussi. Ça m'a beaucoup fait de mal de ne pas pouvoir faire du sport comme je faisais. J'ai pris du poids. Le fait d'arrêter cette activité régulière, même si je continue à faire de la gymnastique 2 fois une heure par semaine. Et puis on sent, c'est sûr, même si j'ai toujours été dynamique dans la tête ou autres, on sent que on peut moins. Alors ça pourrait être un petit peu triste mais j'essaie de relativiser.

JG : Votre regard sur la ménopause est-il différent de celui de la société?

Francine : Non, j'ai pas vraiment d'idée là-dessus. C'est vrai que je suis entourée de collègues qui ont toutes à peu près le même âge que moi, il y en a aussi qui sont plus jeunes et plus anciennes que moi. Ce qui fait que j'ai entendu parlé de cette étape avant d'y être. Ce qui fait qu'on s'habitue et c'est pas plus mal d'en avoir entendu parlé. Je pense que une femme isolée ou... qui est dans un milieu très masculin ou... dont on n'en parle pas du tout dans la famille, ça doit être plutôt difficile. Le fait d'avoir été en contact et d'en avoir entendu parlé, ça été un point important, ça m'a aidé.

JG : Vous pensez que ça vous a aidé, que ça vous a préparé ?

Francine : Ah oui, quand c'est venu, au contraire, je m'y attendais depuis le temps. Et puis, je voyais que c'était arrivé chez mes collègues depuis longtemps. Et puis moi, non. Et finalement, ça aide.

JG : Et avant d'arriver à cette étape là, vous n'aviez pas d'idées préconçues autres?

Francine : Je me disais : « quelle horreur, je vais avoir des bouffées de chaleur... »

JG : Ah oui, il y avait une petite appréhension alors?

Francine : Oui, quand même. J'avais un petit peu peur d'avoir tous ces symptômes que finalement je n'ai pas eu. Et puis j'avais un petit problème au foie. [...] Dès que ma gynéco a vu ça, elle m'avait tout arrêté : la pilule. Je devais avoir 40 ans. Elle m'avait mis le stérilet. Et puis, elle m'avait dit : « quand vous serez ménopausée, vous ne devrez pas prendre le traitement ». Mais je crois que, maintenant, la question ne se pose plus et qu'on n'en donne plus de toute façon. Et du coup, comme je savais que je n'avais pas le droit au traitement... Et puis, comme j'ai des collègues qui sont très « nature », très « naturopathie »... Alors pour les bouffées de chaleur, elles m'avaient dit qu'elles avaient pris de la sauge ou des huiles essentielles... Alors je m'étais dit que je ferais pareil et puis j'en ai pas eu besoin.

JG : En fait, le THM, on ne vous l'a jamais proposé ?

Francine : Elle ne me l'a pas proposé. Mais peut être qu'elle savait que j'avais des problèmes au foie. Et déjà c'était même pas la question de l'évoquer.

JG : Vous, si vous n'aviez pas eu ce problème au foie, vous auriez aimé le prendre?

Francine : Ben, à vrai dire, à force d'entendre.... Si, moi, j'ai des amies de vacances plus anciennes, on parle beaucoup pendant les vacances au bord de la mer. Il y avait 2 ou 3 dames qui avaient eu le traitement avec le patch ou dans le nez.... C'est vrai, elles me disent que ça les avait prolongées au niveau de la peau qui était restée plus jeune plus longtemps et autres... Mais elles avaient été obligées de l'arrêter d'ailleurs un jour ou l'autre. Une dame de 65 ans qui est très bien conservée d'ailleurs, qui fait beaucoup de sport, on lui avait dit de l'arrêter. Je lui avais dit : « ben oui, si tu l'as pris pendant plusieurs années ». Mais je pense que ça a dû l'aider quand même. Mais moi, c'est vrai qu'avec ce truc au foie, j'ai carrément même pas eu envie d'évoquer l'idée.

JG : Ce traitement vous donne un sentiment de frayeur?

Francine : Ben, non, c'est le fait d'ajouter encore quelque chose en plus. Et finalement, j'ai quand même entendu dire qu'il y avait un risque de cancer du sein ou autres. Est ce que c'est vrai ou non, je ne se sais pas. Peut-être dû à de nombreuses années de traitement quand même, je ne sais pas.

JG : Avez-vous entendu parlé de cette polémique?

Francine : Ah ben oui, on en a beaucoup entendu parlé à la radio. Parce qu'il y a quelques années on en parlait.

JG : Où ?

Francine : A la radio, à la télé peut-être. Il me semble que j'ai peut-être dû voir une ou deux émissions de télé. Je pense qu'il y a dû avoir un ou deux articles scientifiques quand même pour qu'on en entende parler comme ça ?

JG : Oui, c'est vrai. Vous êtes abonnée à des journaux?

Francine : Non... Mais j'ai peut-être lu dans des journaux féminins chez le coiffeur... de façon occasionnelle.

JG : Donc, c'est de ça dont vous me parliez tout à l'heure quand vous disiez que vous aviez entendu parlé de cancer du sein?

Francine : Oui, il me semble avoir entendu dire : « eh bien, on vient de s'apercevoir que, maintenant, le traitement de la ménopause ne serait pas aussi efficace que ça, dans le sens qu'il y avait des risques. »

JG : Si vous n'aviez pas eu ce problème au foie, vous pensez que vous l'auriez pris si on vous l'avait proposé ?

Francine : Ben... si on m'avait dit que : « votre peau va rester plus jeune, vous allez être mieux en forme, vous aurez un peu plus de tonus supplémentaire.... »

JG : Même avec ce que vous avez entendu dire ?

Francine : Ah ben, ça c'est fort parce que c'est vrai que d'avoir entendu dire que ça risquerait de donner des cancers, c'est vrai que ça peut... quoique les femmes que je connais et qui l'ont pris n'ont pas eu de cancer.

JG : Vous connaissez d'autres avantages ou d'autres inconvénients?

Francine : Ça doit, je pense, prolonger l'état de pseudo-jeunesse. Même si l'âge est là. On doit peut-être être en meilleure forme pour les os et pour la peau. Et puis ça maintient les règles, non? Mais je sais pas. Franchement, maintenant, c'est tout faussé parce qu'on a eu cette information.

JG : Et quand on vous a dit : « Madame, vous êtes ménopausée », quels sentiments avez vous eus : soulagement, peur, ...?

Francine : Non, franchement je m'y étais bien préparée. Comme quoi, la préparation psychologique que ce soit pour la santé ou autre, c'est primordial dans la vie. Parce que ça aide quand même. Justement ce qui est un choc, c'est quand on vous apprend du jour au lendemain que vous avez un cancer... Mais quand on vous dit que vous allez avoir votre ménopause et que ça va se passer le mieux possible si vous avez de la chance ou si...

JG : Si je vous dis que la ménopause est une maladie...est ce que l'on peut l'apparenter?

Francine : Oh non, pour moi, la ménopause, ça n'est pas une maladie. C'est une étape comme la jeunesse, l'enfance, l'âge adulte...

JG : Quand vous cherchez une information sur le plan de la santé, comment faites vous ?

Francine : Je vais sur internet sachant qu'on peut tomber sur des bêtises aussi. Mais il y a quand même des articles scientifiques...

JG : Vous faites comment?

Francine : Je commence toujours sur Google. Et puis ça dépend : si je cherche des articles scientifiques, je vais sur Pubmed par déformation professionnelle. Ou autrement, je vais dans Google et on trouve tout.

JG : Mais vous arrivez à interpréter la validité des résultats?

Francine : Oh pas tout le temps, pas plus que ça... quand je tombe sur des dosages bien spécifiques... je ne suis pas à même de juger...non.

JG : Mais vous faites une sélection sur ce qui vous paraît plus ou moins pertinent?

Francine : Ah ben oui, y a des blogs, on voit bien si il y a du bon ou non. Il y a certains blogs où les gens parlent de leur santé mais il y a du bon et du moins bon.

JG : C'est quoi les signes qui vous orientent ?

Francine : Ben, si il y a des noms de médecins ou...si il y a un professeur Untel ou des spécialistes. Mais quand on voit qu'il y a que des anonymes qui écrivent ou... mais souvent, ils parlent de symptômes ou autres. C'est vrai si ils les ont. Mais après, pour les soins ou autres, on aura plutôt tendance à aller sur des sites plus sérieux.

JG : Vous m'avez dit que vous en parliez à vos amies ou vos collègues ?

Francine : Oh oui, aux collègues de travail...

JG : Dans votre famille, vous en parlez ?

Francine : non, on ne peut pas trop en parler comme je n'ai pas tellement de gens médicalisés et puis la maladie... cela aurait plutôt tendance à leur faire peur. C'est plutôt au sein du travail étant dans un milieu médical. Et puis c'est surtout vers les médecins du labo que j'irais si j'avais un souci.

JG : Et avec votre gynéco, vous en parlez de la ménopause ?

Francine : Ben, pas trop c'est vrai. Bon, il faut dire que c'est vraiment la dernière fois qu'elle m'a bien confirmée que j'étais en ménopause. Parce que ça devait faire juste un an que je devais plus en avoir. Mais c'est vrai qu'on en parle assez peu.

JG : Globalement, vous vous sentez bien informée de la ménopause ?

Francine : Ah, ben, maintenant que vous m'en parlez, je vais me poser des questions, à savoir si je suis si informée que ça.

JG : Non, mais je vous parle de votre ressenti : si vous avez des questions, est-ce que vous avez des réponses suffisantes? Les gens ont plus ou moins besoin d'informations et l'important n'est pas la quantité.

Francine : Non, mais c'est vrai, vous avez raison. C'est parce que je me débrouille par moi-même. C'est vrai que j'en ai pas

trop eu besoin, sur le THM notamment. Moi, j'ai été bloquée du début par ce problème. Mais si je n'avais pas eu ça, j'aurais demandé sur le traitement. J'aurais été du genre à dire : « Mais, j'ai envie de tester, de prendre ce traitement là ». Mais c'est vrai que du coup, j'ai été bloquée par ça qui, du départ, m'a fait dire : « bon ben, tu te débrouilles toute seule » Mais je pense que ma gynéco m'aurait écoutée sinon.

JG : Est ce que vous auriez aimé que la consultation médicale soit différente, qu'on vous en parle plus?

Francine : *Ben oui, c'est maintenant, le fait que m'en parliez, qui me fait dire qu'on en a très peu parlé. Mais peut-être parce que j'avais aucun symptôme. Mais comme on l'a dit au début de l'entretien : le fait de connaître et d'être informée, ça peut empêcher d'éventuels questionnements ou soucis.*

JG : Est ce que l'information par les médias est bonne en matière de santé?

Francine : *Ben on en parle un petit peu plus. On entend parler un petit peu de médicaments qui sont faits pour les femmes ménopausées. Mais on n'en parle pas plus que ça, en fait. Mais comme on parle peut être pas plus d'autre chose. Mais peut être que le fait de trop en parler aussi, je sais pas si c'est très bien. Parce que ce n'est pas une maladie en plus, c'est un état. Donc...*

JG : Quand il y a eu la polémique, vous avez eu l'impression d'en avoir beaucoup entendu parler?

Francine : *Ah oui, suffisamment pour que je m'en souvienne.*

JG : Trop ?

Francine : Non, pas trop justement Peut-être pas assez.

JG : Vous n'avez pas eu un sentiment de frayeur à cette époque ?

Francine : *Non. A l'époque, je n'étais pas concernée. Peut-être que cela m'aurait plus affolée si j'étais sous traitement.*

JG : Vous avez des amies qui ont arrêté le traitement à cause de la polémique ?

Francine : *Euh, c'est vrai que les collègues avec qui j'en parle au boulot - c'est vrai qu'on en parle pas non plus à tout le monde- n'ont jamais pris de traitement. C'est marrant, c'est pas la majorité sans doute en France. Je pense que beaucoup de femmes en ont pris. Et les 2 copines qui l'ont pris, une a dû arrêter à cause de l'âge. Et l'autre n'a pas dû l'arrêter, vu que cela lui convenait bien. Je lui demanderai cet été. Mais elle avait l'air d'être satisfaite, ça m'étonnerait qu'elle l'ait arrêté si le gynéco ne lui a rien dit.*

JG : Et ben, merci

Entretien avec Geneviève :

âge : 54 ans

ménopausée depuis 3 ans

situation familiale : mariée, 3 enfants

profession : assistante de direction

THM : oui depuis 2 ans

suivi gynéco par un gynécologue

JG : Qu'évoque pour vous la ménopause ?

Geneviève : *Je dirais que c'est quand même le vieillissement et le fait de ne plus pouvoir enfanter.*

JG : Quel sentiment autour de ça ? Est ce que ça été difficile ?

Geneviève : *Non pas tellement difficile parce que j'ai encore une ado à la maison. Donc je suis encore dans le circuit au niveau de l'éducation des enfants. [rires] Cela n'a pas été trop difficile mais je trouve que ce n'est pas tellement au moment de la ménopause mais c'est plus maintenant. Je trouve que d'un seul coup- je vais avoir 54 ans- c'est surtout le vieillissement du corps.*

JG : C'est-à-dire ?

Geneviève : *Je dirais vieillissement avec retentissement psychologique et apparence physique.*

JG : Cela change des choses dans la vie de tous les jours?

Geneviève : *Non pas spécialement. Mais il y a une constatation, quoi.*

JG : Il y a donc un sentiment négatif autour de la ménopause?

Geneviève : *C'est vrai qu'il y a un côté positif dans le sens où je n'ai plus mes règles alors que j'avais un stérilet. De ce côté là, c'est très pratique. Je n'ai plus le souci de tomber enceinte. Mais ce qui est prédominant, c'est quand même le vieillissement. Je ferais une comparaison par rapport à l'homme : à 50 ans passé, on dira : « c'est un bel homme ». Alors qu'une femme, il faut qu'elle s'entretienne, c'est plus difficile, on va dire.*

JG : Donc vous trouvez que le regard de la société est dur avec les femmes ménopausées?

Geneviève : *Oui, avec les femmes de 50 ans passés, on va dire.*

JG : Trouvez vous que vous avez le même regard que la société ou la société est-elle plus dure?

Geneviève : *Euh....non, peut-être que c'est moi qui ai un regard plus dur car je suis assez dure envers moi-même. Et donc voilà.*

JG : Ça se traduit au sein de votre travail ou ... ?

Geneviève : *Non, pas au sein de mon travail mais plutôt physiquement. Comme vous dites, un peu de fatigue... Je suis quelqu'un qui fait beaucoup de sport. Je suis quelqu'un qui bouge beaucoup. Pas par contrainte ni par obligation ni pour conserver mon corps. Mais il y a une constatation, la peau flétrit, voilà. On n'a plus 20 ans, on le sent.*

JG : C'est votre regard qui change ou le regard des autres?

Geneviève : *C'est plus moi-même.*

JG : Et le traitement, ça évoque quoi pour vous?

Geneviève : *Ben, j'avais beaucoup de bouffées de chaleur. Et à ce niveau là, c'est efficace. En plus, je prends les doses minimum. Car avant, j'avais deux doses en œstrogène en plus du cachet et je pense que c'était beaucoup trop fort. J'avais des saignements importants. Donc Dr X m'a diminué le traitement. Euh... je ne sais plus ce que je disais?*

JG : On parlait de ce qu'évoquait pour vous le THM .

Geneviève : *Ah oui...et puis je pense qu'il paraît quand même – alors je sais pas, ... c'est peut-être difficile à constater- qu'au*

niveau psychologique et au niveau... du tonus : il paraît que c'est efficace. Alors ça, c'est difficile pour moi à gérer car comme j'ai beaucoup de tonus... c'est peut-être aussi dû au traitement que j'arrive à le maintenir ou si c'est parce que je ne me laisse pas aller, je sais pas.

JG : Qu'est ce que vous voulez dire par difficile à gérer, à savoir si c'est le traitement ou si ça vient de vous même... ?

Geneviève : Oui, je pense que c'est les deux.

JG : Et le traitement, c'est vous qui l'avez demandé ou c'est votre gynéco qui vous l'a proposé ?

Geneviève : On m'en avait déjà parlé vers l'âge de 48 ans. Elle m'avait demandé si j'étais plutôt pour ou contre. Et je lui avais dit que je pense que je serai pour, mais on verra au moment venu.

JG : Vous connaissez quoi comme avantages et inconvénients du traitement?

Geneviève : Les avantages : le tonus, les bouffées de chaleur, au niveau psychologique contre la dépression comme j'ai beaucoup de problèmes familiaux en ce moment.... donc j'en ai parlé avec mon gynéco et elle m'avait dit : " bon, ben , prenez bien le traitement , ça vous aidera. " Donc, je pense qu'il y a un côté positif là-dessus.

Côté négatif : bon ben, c'est tout ce qu'on entend dire : possibilité d'avoir un cancer du sein. C'est la principale, je dirais.

JG : Vous en avez beaucoup entendu parler de ce risque de cancer du sein ?

Geneviève : Oui, on n'en entend pas mal parler quand même. Je dirais par période. Des études qui ont été faites en Angleterre. Il n'y a pas très longtemps qu'on en a entendu parler. Mais je pense qu'en étant suivi, en ayant une mammographie tous les ans, en voyant mon médecin tous les 6 mois... Euh, je ne connais pas de facteur dans ma famille par rapport à cette maladie. Je me dis que je suis très bien suivie et voilà.

JG : D'accord. Je sais pas si vous vous souvenez mais il y a eu une polémique sur les risques du THM.

Geneviève : Oui, bien sûr.

JG : Où en avez-vous entendu parlé?

Geneviève : Ben, j'écoute beaucoup la radio, il y a pas mal d'émissions. Je lis pas mal de presse et d'articles.

JG : Vous êtes abonnée à des journaux?

Geneviève : Non pas spécialement mais j'achète au hasard, au coup par coup. Il y en a pas mal... peut-être un petit peu moins maintenant, il me semble. Il y a eu pas mal d'émissions à la télévision dessus ou de débats.

JG : Donc pour vous, ça se situait avant votre prise de traitement?

Geneviève : Oui, et même au début, quoi.

JG : Peut-être, en parlez vous dans votre famille ou avec vos amies?

Geneviève : Non, pas du tout.

JG : Donc c'est surtout à la radio et dans les journaux?

Geneviève : Oui, oui tout à fait

JG : Du coup, vous aviez un à priori plutôt positif face à ce traitement avant de le prendre?

Geneviève : Oui, et aussi parce qu'on en avait beaucoup parlé avec le Dr X les consultations précédentes et tout. Et vraiment, cela ne m'a pas inquiétée. Pas du tout.

JG : Et finalement, les ressentis par rapport à ce traitement ?

Geneviève : Plutôt positif. Car j' imagine quelqu'un qui arrive à 50 ans passés et qui est ménopausée, se dira : "oh ben , je n'ai pas besoin de gynécologue". Donc il n'y a plus de visite, il n'y a plus de suivi régulier. Alors là, avec le renouvellement, je suis obligée d'y aller. Donc euh... voilà.

JG : Avant d'être ménopausée, vous aviez quoi comme conception de la ménopause?

Geneviève : Ben j'y pensais pas du tout.

JG : Vous n'aviez pas d'à priori négatif ou d'inquiétude ou au contraire?

Geneviève : Ah non, pas du tout, je n'y pensais pas.

JG : Et quand vous avez des questions en matière de santé que ce soit sur la ménopause ou autre, vous faites comment? Vous allez chez le médecin ou vous lisez des articles, vous faites comment ?

Geneviève : Euh, comment je fais ? Je vais pas tellement chez le médecin...mais bon oui, je demanderais conseil à mon généraliste. Mais je fais assez la distinction. Mais je suis assez quand même pour les spécialistes. Parce que si on peut bénéficier d'un spécialiste qui est à la pointe, normalement... Alors je ne dis pas qu'un généraliste ne l'est pas mais bon...

JG : oui, oui

Geneviève : hein? C'est totalement différent. Si c'est un problème gynéco, je demanderais à mon gynécologue et si c'est un problème de médecine générale, j'en parlerais plus facilement à mon généraliste.

JG : Est-ce que vous allez chercher des informations sur internet en matière de santé?

Geneviève : Non, peut-être pas pour moi. Mais pour les autres oui. J'y étais allée dernièrement pour mon ado. Mais je trouve que vaut mieux ne pas trop y aller.

JG : Ah oui? Parce que vous allez sur des sites particuliers, vous faites comment?

Geneviève : Oui, je vais sur des sites comme "Doctissimo" qui est un des plus connus. Et euh... je trouve finalement que c'est pas... on est pas dans la partie. Bon, elle, elle avait des problèmes de tension et cela disait que cela pouvait être dû à telle maladie, telle maladie...Et c'est pas...

JG : Vous trouvez que c'est pas une bonne information?

Geneviève : Non, ce n'est pas une très bonne information.

JG : Pourquoi?

Geneviève : Parce qu'il y a trop de choses... Il y a trop d'informations par rapport à quelqu'un qui est novice.

JG : Finalement, cela vous a effrayée ?

Geneviève : Oui, je trouve que cela effraie plus qu'autre chose.

JG : Et ce que vous lisez dans les journaux ou entendez à la radio, vous trouvez que c'est une bonne information?

Geneviève : Une bonne information ? C'est difficile, je trouve que c'est difficile de dire que c'est une bonne information parce que rapportée par des journalistes.. Pourtant j'ai un fils qui est journaliste mais euh... Non, c'est assez difficile. Ou alors, il m'arrive d'écouter le samedi si je suis à la maison. C'est une émission sur Europe 1. Quand c'est un médecin qui parle : OK. Mais quand vous prenez des articles, je trouve que c'est peut-être plus dans la presse écrite que... voilà.

JG : Et tout ce que vous avez pu lire sur le THM, cela ne vous a pas effrayée plus que outre mesure?

Geneviève : Non.

JG : Et...

Geneviève : *Non, ça y est, je me souviens, ce que j'avais demandé au Dr X c'est si il y avait une grosse prise de poids ou autre. Et elle m'avait dit que pas plus que ça. Ça aussi on doit vous en parler, en tant que femmes, de prise de poids.*

JG : Oui. Est ce que, au moment de la consultation, c'est le gynéco ou c'est vous qui abordez le sujet ?

Geneviève : *C'est les deux.*

JG : Avez vous le sentiment d'avoir eu assez d'informations autour de la ménopause et de son THM?

Geneviève : *Oui. Oui, elle m'avait donné toute une photocopie. Et même avant d'avoir été ménopausée. Oui, il y a une relation qui est vraiment franche, on parle de beaucoup de choses.*

JG : Donc, il n'y a pas de difficulté à aborder ces sujets là?

Geneviève : *Non, mais je vais vous dire : avant j'étais suivi par un gynécologue homme parce que c'était lui qui m'avait accouchée. Et quand il y avait le problème de dessèchement au niveau des organes génitaux et tout ça... je trouve qu'il y avait pas du tout... Je pense qu'un gynécologue homme, ne percevant pas ces symptômes, a un peu plus de difficulté à donner un traitement. Ça, c'est mon point de vue. Et j'en avais parlé à mon généraliste qui m'avait donné un traitement. Et puis, après, je me suis trouvée... Dr X, ça doit faire 6 ans qu'elle me suit, c'est pas très ancien.*

JG : Donc globalement?

Geneviève : *Je suis satisfaite.*

JG : Vous êtes globalement satisfaite des informations que vous avez reçues par la presse ou par votre médecin?

Geneviève : *Oui satisfaite et par la presse aussi.*

JG : Par contre, est-ce que ce sont des sujets que vous abordez avec des amies ou en famille?

Geneviève : *Non, pas tellement.*

JG : Ce que vous lisez ou ce que vous entendez, vous en reparlez avec votre médecin?

Geneviève : *Si, il y a pas très très longtemps, j'avais dû y aller au mois de mars. On avait entendu parlé d'une étude qui avait dû être faite dans l'hiver. Je lui en avais parlé. Et elle m'avait dit que il y aurait toujours de toute façon... on y revient de temps à autre mais... Non, elle m'a vue assez confiante donc...*

JG : D'accord. Et sur ce que vous aviez lu sur internet pour votre adolescente, vous en aviez parlé avec votre médecin?

Geneviève : *Non, je ne lui en avais pas parlé. J'en avais parlé à personne. Je l'avais gardé pour moi en me disant bon.. on verra bien... comme c'est pas une maladie très importante. [...]*

JG : D'accord. Bon, eh bien merci. Au revoir.

Entretien avec Henriette :

âge : 59 ans

situation familiale : divorcée, 6 enfants

profession: était auxiliaire médicale

ménopausée depuis 5 ans

THM : pendant 5 ans puis arrêt

suivi gynéco par un médecin généraliste

JG : Qu'est-ce qu'évoque pour vous la ménopause?

Henriette : *La fin des soucis [rires], une délivrance des maux de ventres et des règles tous les mois. Plus de serviettes et tout ça...ce fut une délivrance. Ça y est, ouf, c'est fini, on n'en parle plus, on passe à autre chose.*

JG : Donc quand on vous l'a annoncée, vous l'avez bien vécue?

Henriette : *Ah oui. J'étais très contente. Sachant que, après il y a les bouffées de chaleur mais ça ne m'a pas posé plus de problèmes que ça.*

JG : Et il n'y a pas eu de contrecoup après, lié aux effets de la ménopause ?

Henriette : *Non, juste une prise de poids. C'est le seul inconvénient qu'il y a eu. C'est tout.*

JG : Parce que certaines femmes m'ont dit : « ben, oui c'est la vieillesse... »

Henriette : *oui, mais ça fait partie de la vie, ça aussi. Alors moi, je n'en fais pas une affaire d'état. Pour moi, c'est la chose logique du déroulement de la vie.*

JG : Donc une étape?

Henriette : *Oui, une autre étape de la vie à passer. Moi, ça ne me pose pas plus de problème que ça.*

JG : Cela n'a donc pas eu de répercussions particulières dans votre vie de tous les jours?

Henriette : *Non, à part quelques bouffées de chaleur et la prise de poids. Rien d'autre.*

JG : Est ce que vous trouvez que vous avez un regard différent de la société sur les femmes ménopausées?

Henriette : *Oui, c'est vrai que bon... je revois les femmes d'une autre façon maintenant. Parce que avant quand on parlait de la ménopause, c'était loin, on n'y pensait pas spécialement pour nous. Et puis quand on voyait ma mère et ma grand-mère, on se disait que c'était des femmes âgées. Ce genre d'a priori comme ça. Et bon, maintenant, elles sont pas si âgées que ça. Parce que j'ai une fille de 40 qui est déjà préménopausée. Alors bon, on discute, on s'échange des trucs. Et moi, je trouve ça très bien.*

JG : Donc finalement, avant d'être ménopausée, vous y pensiez?

Henriette : *Oh ben, j'y pensais quand je voyais ma mère qui avait toutes ces bouffées de chaleur. Je me disais : “ wahou, c'est impressionnant ton truc! ”. Elle me disait : “ tu verras, quand ce sera ton tour ”.*

JG : Donc vous appréhendiez un petit peu?

Henriette : *Non, pas du tout. Parce que je me disais qu'on verra bien. Et du coup, non, je ne transpire pas autant qu'elle. Chacune a sa façon de réagir. J'ai chaud mais sans plus.*

JG : Votre regard sur vous-même n'a pas changé ?

Henriette : *Non*

JG : Sur le plan psychologique?

Henriette : *Non*

JG : Le regard des autres ?

Henriette : *Non*

JG : Et le traitement évoque quoi pour vous ?

Henriette : *Eh ben, au début, quand le médecin me l'a proposé, je me disais que c'était un confort, ça me rassurait quelque part. Parce qu'il me disait que ça me protégerait contre l'ostéoporose, contre les maladies cardiaques...Et je me disais pourquoi pas. Et comme je ne connaissais pas trop, je lui faisais confiance, parce que c'est mon médecin, il sait de quoi il parle. Et du coup, quand il m'a dit de l'arrêter, je me suis dit mince; "je ne serai plus protégée...des maladies cardiovasculaires...". Et il m'a dit qu'il ne fallait pas toujours penser au pire tout de suite. Donc il a essayé de me rassurer. Et puis, voilà, ça a fait son petit bonhomme de chemin.*

JG : Donc ce n'est pas vous qui avez demandé à prendre ce traitement, c'est lui qui vous l'a proposé?

Henriette : *Oui.*

JG : Avant de le prendre, vous connaissiez ce traitement?

Henriette : *Non*

JG : Et donc, finalement... si il y avait un sentiment à mettre avec ce traitement?

Henriette : *Une sécurité par rapport à tout ce que ça protégeait. C'est tout, hein.*

JG : Et quand il vous l'a arrêté, c'était prévu d'avance ou c'était lié au moment où, vous savez, il y a eu la polémique?

Henriette : *Oui, il m'en avait parlé un petit peu de ce problème de.... mais bon, quand il m'a dit qu'on allait peut-être l'arrêter quand même, qu'on faisait un essai pendant 2 ou 3 mois et qu'on verrait bien comment ça se passe. Et si cela n'allait pas, on recommencerait.*

JG : Que connaissez-vous comme avantages et inconvénients de ce traitement?

Henriette : *Ben, les avantages, c'est que ça protège de certaines maladies : les problèmes cardiovasculaires, l'ostéoporose, ça évite les bouffées de chaleur, enfin de pas mal de choses. Voilà, c'est ce que mon médecin m'avait dit.*

JG : Et les risques?

Henriette : *Ben, c'est comme tout médicament, il y a des risques. Il n'y a pas de zéro accident, ce n'est pas possible.*

JG : Donc, vous avez entendu parlé de la polémique?

Henriette : *Oui, j'en ai entendu parlé mais je n'y ai pas plus prêté attention que ça.*

JG : Vous étiez déjà sous THM à cette époque là?

Henriette : *Je ne sais pas... oui... enfin non...*

JG : En tout cas, si vous ne vous souvenez pas, c'est que cela ne vous a pas plus marqué que ça?

Henriette : *Non, non.*

JG : Et vous savez sur quoi elle reposait la polémique?

Henriette : *Je ne sais pas... sur un risque de cancer du sein... ou un truc comme ça. Je sais que j'avais une voisine qui prenait un traitement et qui l'a arrêté d'elle même, justement par rapport à cette polémique. Quand elle a su que j'en prenais un, elle m'a dit qu'il fallait que j'arrête. Et je me souviens de ma réponse : vous savez, c'est une étude faite sur des américaines qui sont des femmes assez fortes, qui n'ont pas la même alimentation et qui ont un autre style de vie...donc c'est pas forcément sur les françaises. Donc il ne faut pas faire une psychose quand même, il ne faut pas généraliser. Moi, je fais confiance à mon médecin.*

JG : Où avez vous entendu cela, c'est votre médecin qui vous l'a dit?

Henriette : *Non, c'était par rapport à ce que j'avais entendu à la télé ou à la radio. Mais bon, ça ne m'avait pas plus marqué que ça.*

JG : Et cela vous avait effrayée?

Henriette : *Non*

JG : Et vous en avez parlé ensuite de ça avec votre médecin?

Henriette : *Oui, j'en avais reparlé avec mon médecin. Mais il m'avait rassuré...*

JG : Et vous en parlez de ça avec votre famille?

Henriette : *Oui, ben j'en parle avec ma fille qui est préménopausée : je lui ai expliqué. On verra.*

JG : Et je ne sais pas si vous avez des sœurs... ou en avez vous parlé avec votre mère ?

Henriette : *J'ai une sœur. Oui, j'en ai parlé avec ma maman. Je lui ai demandé comment ça se passait et si elle prenait un traitement. Et oui, à cette époque, elle en prenait un encore. Et puis bon les bouffées de chaleur, la nuit, elle dormait mal.*

JG : Donc les connaissances sur la ménopause viennent un peu de votre maman?

Henriette : *Oui*

JG : Et vous en parlez aussi avec vos amies?

Henriette : *Non, pas spécialement. C'était un hasard d'en avoir parlé avec ma voisine parce qu'elle était en sueur. Sinon, c'est personnel, ça. Donc, si on m'en parle, j'en parle. Si on n'aborde pas le sujet, je ne vais pas mettre en avant que voilà...*

JG : Et... vos connaissances, vous les tirez d'où aussi?

Henriette : *Télé, radio. Et puis, je lis pas mal*

JG : Vous lisez quoi?

Henriette : *Des magazines*

JG : Vous êtes abonnée?

Henriette : *Non, mais je lis des magazines télé. Parfois ils font des articles intéressants ou des fois des émissions médicales à la télé. Donc j'essaie de piocher des informations.*

JG : Et vous avez internet?

Henriette : *Oui*

JG : Et vous allez chercher des informations de santé ?

Henriette : *Non, pas encore, c'est tout nouveau pour moi; je tâtonne pour l'instant.*

JG : Donc, ça ne vous est pas encore arrivé d'avoir un pépin de santé et d'aller voir sur internet?

Henriette : *Non*

JG : Et la ménopause, vous arrivez à en parler correctement avec votre médecin?

Henriette : *Ah oui.*

JG : C'est lui qui aborde le sujet ou vous?

Henriette : *Non, c'est moi, j'aime bien poser des questions avec mon médecin. Je lui fais totalement confiance.*

JG : Vous n'avez pas de difficultés à aborder le sujet comme certaines femmes ont pu me le dire ?

Henriette : *Ah non, quelque soit le sujet, avec mon médecin, je n'ai pas d'à priori.*

JG : Globalement vous êtes satisfaite des informations données par votre médecin? Vous n'avez pas l'impression de manquer d'information?

Henriette : *Ah non, je suis entièrement satisfaite.*

JG : Et d'une manière générale, que ce soit par votre médecin mais aussi par rapport aux médias, vous avez l'impression d'être bien informée en matière de santé?

Henriette : *Oui, bien mais je trouve que parfois, alors je ne sais pas si ils en rajoutent..., ça fait peur. On se dit parfois : "wahou, j'ai réchappé à un truc, ben mon vieux, ça craint quand même" On a parfois l'impression de servir de cobaye.*

JG : Pourquoi?

Henriette : *Il y en a parfois ils en parlent trop et parfois mal... les informations... Moi, de toute façon, je me base sur ce que me dit mon médecin, sur son avis médical uniquement. Après, les "on dit", moi, j'y met un point d'interrogation. Et si j'ai un doute, quand je vais le voir pour mon renouvellement, je l'écris sur une liste. Et il me dit: " ah vous avez fait votre petite liste!". Donc, j'écoute d'abord ce qu'il me dit, c'est mon médecin d'abord.*

JG : Pour vous, sur le plan de la ménopause, y a-t-il des choses à améliorer dans la consultation médicale ou dans les médias?

Henriette : *Ben, les informations, c'est vrai que, depuis quelques années, on donne beaucoup d'informations sur pas mal de maladies alors qu'avant on n'en entendait pas du tout parler. C'est vrai que les informations, c'est bien mais il ne faut pas les prendre toujours à la lettre.*

JG : Certaines femmes me disaient qu'elles auraient aimé être mieux informées et préparées avant d'être ménopausée. Auriez-vous aimé en parler plus avant d'être ménopausée?

Henriette : *Non, moi, j'en ai parlé avec ma mère. Bon, après oui, c'est bien d'en parler avant, de se préparer. Comme quand on prépare les jeunes filles avant l'apparition des règles. Moi, je sais qu'à ce niveau là, je n'avais pas été préparée. Donc je m'étais dit que je ne ferai pas pareil avec mes filles. Mais c'est vrai que c'est bien de se préparer à ce genre de... parce qu'il y en a qui le vivent bien et d'autre qui le vivent mal. Moi, j'ai de la chance de bien le vivre. Par exemple, ma voisine l'a très mal vécu. Elle disait qu'elle n'était plus bonne à rien, elle était toujours mal virée. Elle enflait. Mais c'est vrai que c'est bien d'être préparée à ce genre d'évènement, de savoir ce qui nous attend. On est préparé psychologiquement donc on y vit différemment. Ben, moi je m'y suis préparée, je me disais que ça faisait partie d'une étape de la vie. Ça s'est passé comme ça pour ma mère et puis je verrai avec moi.*

JG : Donc vous, la préparation, c'était surtout par une empreinte familiale plus que lors de la consultation médicale ?

Henriette : *Non, j'en ai peu parlé avec mon médecin. Quand j'ai commencé à avoir quelques soucis, elle m'a dit qu'il faudra commencer à y penser...Et puis, le temps est passé et d'autres signes sont arrivés. Il y avait plein de petites choses qui venaient dire qu'il y avait un début de quelque chose et puis tout s'est fait lentement. Et puis j'en parle ouvertement avec mes filles - même celles qui n'ont pas l'âge- et si je peux leur donner mon vécu. Comme ça, elles seront préparées.*

JG : Et ben merci.

Entretien avec Irène :

âge : 58 ans

profession : auxiliaire puéricultrice

situation familiale : veuve, 1 fils

ménopausée depuis 5 ans

prise de THM : non

suivi gynéco : par médecin généraliste

JG : Qu'évoque pour vous la ménopause?

Irène : *Bon, il y a des femmes qui vont vous dire «les femmes, ceci, cela»...Alors là, je vais vous dire franchement, strictement rien à faire : un soulagement. Parce que, entre la préménopause et pendant... jusqu'à temps que ça s'arrête, c'est horrible. Donc un grand soulagement.*

JG : Par l'arrêt des règles vous voulez dire ?

Irène : *Oui*

JG : Donc plutôt un sentiment positif?

Irène : *Oh oui, pour moi, oui. Je me sens très très bien.*

JG : A part ça, est-ce que cela a changé des choses dans votre vie de tous les jours?

Irène : *Euh... non absolument pas. Oui, il y a eu la prise de poids. Mais il y a eu aussi d'autres raisons dans ma vie à cette prise de poids. Et puis voilà, non.*

JG : Que pourriez vous me dire sur le regard de la société sur les femmes ménopausées?

Irène : ...

JG : Est ce le même que le vôtre?

Irène : *Ecoutez... J'ai eu une période de ma vie très prise par le fait de... je me suis occupée de ma maman et j'avais tout mon petit monde autour de moi. Donc j'ai pas pris trop le temps à savoir de ce que pouvaient penser les femmes de leur ménopause. Et maintenant, que je suis sur Lyon, je suis entourée de jeunes femmes de 40 ans dont ce n'est pas encore leur problème.*

JG : Vous, avant d'être ménopausée, vous y avez pensé un peu?

Irène : *Non, pas du tout. Non, je vous dis, ça n'a pas été du tout un souci pour moi. Je n'ai pas fait de déprim'.*

JG : D'accord. Connaissez vous un peu le THM ?

Irène : *Ben, c'est les hormones et tout ça?*
 JG : Oui.
 Irène : *Et bien, comme, à la naissance de mon fils, j'ai eu un dérèglement hormonal, il m'a été conseillé de ne prendre aucun traitement et tout ça. J'avais en plus un adénome graisseux dans la selle turcique et j'ai eu « la totale ». Donc, non, j'ai rien pris.*
 JG : Même si vous ne l'avez pas pris, ça évoque quoi pour vous le THM ?
 Irène : *Ben j'ai qu'une amie, je crois, qui le fait. Le gel, hein, c'est ça?*
 JG : Mmmh...
 Irène : *Ben, je crois qu'elle en est contente.*
 JG : Vous connaissez les avantages et inconvénients là-dessus?
 Irène : *Non, je ne m'y suis pas trop intéressée.*
 JG : Oui, mais peut-être en auriez-vous entendu parler?
 Irène : *Non.*
 JG : Vous ne savez pas pourquoi on le donne ni les risques sur ce traitement?
 Irène : *Non.*
 JG : Il y a quelques années il y a eu une grosse polémique sur ce traitement avec les risques...?
 Irène : *Les risques de cancers?*
 JG : Oui. Vous en avez entendu parler?
 Irène : *Oui, bien sûr.*
 JG : Où?
 Irène : *Dans les médias.*
 JG : Vous êtes sensible à quels types de médias?
 Irène : *Ben, la télé.*
 JG : Vous êtes abonnée à des journaux? Ou vous lisez des presses, euh... ?
 Irène : *J'ai beaucoup lu des presses féminines dans une période de ma vie. Mais je ne vais pas me répéter mais j'ai une période de ma vie où ça ne m'intéressait plus. Donc, je ne sais pas si c'est un avantage de m'avoir choisi...*
 JG : Non, non, ne vous inquiétez pas.
 Irène : *La vie fait, bon, qu'on ne s'intéresse plus à certaines choses.*
 JG : Et donc vous ne lisez plus?
 Irène : *Ça ne m'intéresse même plus. C'est dramatique.*
 JG : Et... vous aviez entendu quoi sur les risques de cancers ?
 Irène : *Ben, que c'était pas très bon sur le plan santé. Et que ça pouvait déclencher certains cancers chez la femme. Mais là aussi, je pense qu'il faut en prendre et en laisser.*
 JG : Et vous, vous êtes-vous déjà dit que vous auriez aimé prendre le THM si vous n'aviez pas eu de contre-indication ?
 Irène : *Je ne pense pas.*
 JG : Quand vous avez des problèmes de santé, où allez-vous chercher des informations?
 Irène : *Non, je ne vais pas en chercher.*
 JG : Chez votre médecin?
 Irène : *Oh..... Non, parce que bon, déjà, je n'ai pas trop de soucis. Et lorsque j'en ai, c'est flagrant, je suis obligée de suivre le traitement [...]*
 JG : Donc, vous faites ce qu'on vous dit et vous ne vous posez pas trop de questions?
 Irène : *Non.*
 JG : Vous n'allez pas chercher sur internet?
 Irène : *Ah non, j'évite.*
 JG : Pourquoi?
 Irène : *Parce que j'ai très peur de la maladie et de la mort. Alors, non, non...*
 JG : Vous avez peur que cela vous effraie, ce que vous risquez de trouver ?
 Irène : *Oh là là, je fais l'autruche et je suis mon petit bonhomme de chemin.*
 JG : A la télé, vous regardez des émissions sur la santé?
 Irène : *Jamais, je zappe !*
 JG : Vous sentez-vous assez informée sur la ménopause? Vous en savez autant que vous le souhaitez?
 Irène : *Oui.*
 JG : Si parfois vous avez des questions, arrivez-vous à trouver des réponses?
 Irène : *Non. Je n'ai pas de question concernant la ménopause. Et, elle s'est bien passée.*
 JG : Vous en parlez avec votre famille ou vos amies ?
 Irène : *Non.*
 JG : Ce que vous savez ne vient pas d'une culture familiale?
 Irène : *Non.*
 JG : Avez-vous déjà parlé de la ménopause avec votre médecin?
 Irène : *Non. Ça fait que 2 ans que je suis sur Lyon et je vais voir tous les 3 mois le Dr X pour renouveler mon traitement et voilà.*
 JG : Merci.

Entretien avec Janine :

âge : 54 ans
 situation familiale : veuve, 2 enfants
 profession : serveuse
 ménopausée depuis 9 ans

prise de THM : oui puis arrêt
suivi gynéco par gynécologue

JG : Qu'évoque pour vous la ménopause ? Qu'est ce que ça représente?

Janine : Rien, je vais vous dire franchement, parce que j'ai rien ressenti.

JG : Vous n'avez pas vu la différence ?

Janine : Rien. C'est ce qu'elle m'a dit ma sœur d'ailleurs qui a 2 ans de moins que moi. Elle, ça lui a pris la ménopause et elle a grossi, elle avait des bouffées de chaleur. Elle avait..... moi rien.

JG : Quand le médecin vous a dit que vous étiez ménopausée ?

Janine : Ben, c'est bien.

JG : Pourquoi bien?

Janine : Parce qu'on a plus ses règles tous les mois. Et mon médecin m'a dit qu'il y en a qui aiment bien les avoir. Je lui dis : « ben, moi, c'est parfait pour moi ! ».

JG : Vous vous en fichez un petit peu et c'est plutôt positif?

Janine : Carrément. Moi, je suis plutôt positive.

JG : Parce que certaines femmes me disent que la ménopause c'est la vieillesse ?

Janine : Non, pas du tout. Oh ben, comme je vous dis : la vieillesse, c'est dans la tête, hein? On est d'accord. Alors si on n'y pense pas... Non, non, non.

JG : Vous avez une idée si le regard de la société est différent du vôtre ?

Janine : Non. Pas du tout. J'ai jamais fait attention.

JG : Vous n'avez pas l'impression que, euh... ?

Janine : Qu'on vous regarde autrement?

JG : Mmmh

Janine : Non, non, pas du tout. Je vais vous dire, sûr parce que ça fait pas longtemps que je suis serveuse et il y a qu'à voir les mecs et c'est bon. Donc, ça ne doit pas les traumatiser.

JG : Donc, vous m'avez dit, vous avez pris un traitement au début de votre ménopause ?

Janine : Oui, pendant 2 ans. Il m'a donné un cachet [...] Donc je l'ai pris pendant 2 ans. Car elle m'a dit que pendant 2 ans, il fallait prendre quelque chose. Et après, ils l'ont arrêté. Et depuis, rien.

JG : Le fait d'avoir arrêté le traitement, ça n'a rien changé?

Janine : Non. Ça ne m'a pas fait grossir, rien. Au contraire, ça m'a fait maigrir de 7 kg. Comme je dis, ça dépend des femmes.

JG : D'accord. Et pour vous, ce THM, ça évoque quelque chose?

Janine : Non, pour moi, rien. Je prend ce cachet comme je prend le cachet pour la tension voilà. Et tout va bien.

JG : Ça n'a pas plus d'incidence que ça ?

Janine : Non. J'y pense même pas en plus.

JG : Vous avez entendu parler de la polémique, il y a quelques années, sur ce THM ?

Janine : Non.

JG : On avait dit qu'il y avait des risques de cancer du sein.

Janine : Ah.

JG : Ça vous dit quelque chose, ça ?

Janine : Non.

JG : Vous en n'avez pas entendu à la radio ou... ?

Janine : Non. Non, parce que je fais ma mammographie tous les 2 ans. Non, non.

JG : Vos connaissances sur la ménopause ou sur la santé en général, vous les avez d'où? Vous lisez, vous écoutez la radio, vous... regardez la télé?

Janine : Non.

JG : Vous n'êtes pas abonnée à des journaux?

Janine : Non. Moi je prends les choses comme ça vient.

JG : Ce qui vient à vous, quoi?

Janine : Voilà. Si ça doit m'arriver, ça m'arrive...sinon...

JG : Vous ne regardez pas des émissions sur la santé?

Janine : Non, si c'est pour entendre... et que après ça traumatise, c'est pas la peine.

JG : Vous avez peur d'entendre des choses?

Janine : Ben, si je tombe dessus, bon, je vais écouter parce que... parce que bon, je vais quand même écouter. Ça va pas me traumatiser. Mais, comme je dis, si c'est mon heure, c'est mon heure. Et puis voilà.

JG : En fait, vous ne vous posez pas trop de questions?

Janine : Voilà.

JG : D'accord. Et vous en avez parlé de la ménopause avec votre médecin?

Janine : Bon, ben on en a parlé un petit peu au départ. Comme il m'a dit... il m'a pas dit grand chose, il m'a dit de prendre le cachet et voilà.

JG : Vous n'aviez pas plus de questions que ça ?

Janine : Non, non.

JG : Vous en parlez autour de vous avec des amies ou la famille?

Janine : Jamais. Comme je vous dis, il n'y a que ma sœur. Comme elle, elle a grossi et qu'elle a vu que je n'avais pas grossi. Et elle avait des bouffées de chaleur et elle me demandait comment je faisais pour être comme ça. Moi, je lui ai dit que je ne faisais rien du tout.

JG : Vous en parliez avec votre mère?

Janine : Non. Ben, on en a parlé comme ma mère quand elle était préménopausée, elle est tombée enceinte. Donc elle m'avait prévenu de faire attention à cette période là, c'est tout.

JG : Si vous avez des questions en matière de santé, vous faites quoi?

Janine : *Ben si j'ai un problème je vais voir mon médecin. Je lui dit : « j'ai mal là et j'ai mal là... »*

JG : Vous n'allez pas sur internet?

Janine : *Non, je ne connais pas du tout internet.*

JG : Vous n'allez pas à la bibliothèque ou lire des revues?

Janine : *Non. Parce que ce qu'ils nous disent sur les journaux ou aux infos... c'est bon. Si on écoute tout, il n'y a jamais de bonnes nouvelles.*

JG : Vous trouvez que c'est trop négatif?

Janine : *Ouais. Moi, je suis optimiste et je préfère ne pas écouter et rester dans mon monde à moi.*

JG : Ça vous effraie un peu ce qu'ils vous racontent?

Janine : *Non, non, je n'ai pas peur de ça. Mais c'est vrai qu'on n'a jamais une bonne nouvelle alors si c'est pour entendre des choses comme ça.....*

JG : Est-ce que vous auriez aimé en parler plus avec votre médecin?

Janine : *Sur la ménopause ?*

JG : Oui.

Janine : *Non, puis il me connaît alors il sait que moi, il peut me dire ce qu'il veut alors....ça ne m'angoisse pas.*

JG : Il sait peut être aussi que si vous avez des questions vous lui posez directement?

Janine : *Voilà.*

JG : Et vous, vous abordez facilement ce sujet si besoin?

Janine : *Oui, c'est la seule personne que je parle de tout. Voilà. Même si j'ai des problèmes, je lui parle. Mais c'est vraiment le seul.*

JG : Et d'une manière générale, sur la santé, ce que vous entendez à la radio, télé ou ce que vous lisez dans les journaux, vous trouvez que c'est une bonne information?

Janine : *[silence] Oui et non des fois. Ça dépend ce que c'est.*

JG : C'est à dire ?

Janine : *Ben, il y a plein de choses. Bon ben sur le cancer du sein comme ils disent. Bon ben là- dessus il n'y a pas de problème parce que je fais ce qu'il faut. Mais autrement il y a des trucs, j'y crois sans trop.... et si on écoute tout, on déprime...*

JG : On en parle trop?

Janine : *Oui. Pour moi, oui.*

JG : Parce qu'on parle de la santé peut être plus qu'avant?

Janine : *Oui, c'est vrai qu'on en parle trop. Et si ça se trouve il y a des choses qui sont pas vrai. Moi, j'écoute pas tout, je dis qu'on verra ce que j'aurai. Moi, je fais les analyses. Tout ce qu'il me demande de faire, je fais.*

JG : Donc pour vous l'information, c'est votre médecin?

Janine : *Voilà. Il me dit : « Faut faire ça, faut faire ça, les artères... machin... » Je fais tout. Voilà. C'est tout. Non, ils en parlent trop. Et si on les écoute, on déprime. Si on les écoute, on meurt demain. Donc, c'est pas bon.*

JG : Bon, eh bien voilà, merci.

Janine : *Moi, personnellement, je prends la vie comme elle vient. Moi, pour l'instant, j'ai rien, je touche du bois. Le jour où j'aurai, on verra. Comme on dit : «c'est notre destin».*

JG : Vous connaissez les avantages et les inconvénients du THM?

Janine : *Non. Moi, j'ai pris juste deux ans. Et quand j'en ai eu marre, j'ai demandé à mon médecin et il m'a dit : «oui, au bout de 2 ans et demi, on peut arrêter».*

JG : Et pour vous la ménopause, c'est une étape ?

Janine : *Ben, c'est ma vie. Un jour ou l'autre, on y passe toutes.*

Entretien avec Kadija :

âge : 60 ans
 ménopausée depuis l'âge de 49 ans
 situation familiale : mariée, 3 enfants
 profession : à la retraite
 ATCD de lymphome
 prise de THM : oui puis arrêt
 suivi gynéco par gynécologue

JG : Qu'évoque pour vous la ménopause ?

Kadija : *Pas grand chose parce que moi je ne peux pas dire que j'ai eu les méfaits... euh... ça s'est fait...euh...alors c'est vrai que moi je n'attache pas beaucoup d'importance aux manifestations physiques; c'est pour ça d'ailleurs que je me suis fait avoir. Parce que je suis assez résistante à la douleur, c'est vrai que je ne vais pas chez le médecin dès que ... Typiquement là, je suis dans la situation où on me dit : « surveillez-vous. » Ça veut dire quoi? Alors j'ai mal là, j'ai mal là, j'ai mal à la gorge : est-ce que c'est un ganglion, ça repart? Donc en fait, les bouffées de chaleur peut-être un peu. Mais comme je suis quelqu'un qui transpire facilement, je suis très émotive. Oh c'était pas spécialement quelque chose que je ne connaissais pas. Donc ce ne m'a pas... Il y a des femmes qui vous disent : "oh là là les bouffées de chaleur, c'est abominable!" alors que je n'en ai pas vraiment souffert finalement.*

JG : Quand on vous a annoncé l'arrivée de la ménopause, est ce que cela a créé un sentiment particulier?

Kadija : Vous voulez dire de mal-être par rapport à l'âge?

JG : Par exemple mais pas seulement.

Kadija : *Pas vraiment. Je suis en train de prendre un coup de vieux maintenant, moi. Je l'ai pris là car je suis quelqu'un qui n'a jamais eu de problème de santé. J'ai eu un accident de voiture à 23 ans mais je n'ai jamais eu d'anesthésie générale, je n'ai jamais été opérée. Et tout d'un coup, ça été le gros coup parce que le corps... Maintenant il y a un peu le contrecoup et*

bon. Je m'aperçois que maintenant, il y a les problèmes de canal carpien, des problèmes d'arthrose.

JG : Avant d'être ménopausée, vous aviez une idée sur la ménopause ? Vous y pensiez ?

Kadija : *Je savais que ma mère avait été ménopausée relativement tôt donc ça ne m'a pas surprise outre-mesure.*

JG : Vous avez une idée du regard des gens sur les femmes ménopausées ?

Kadija : *Moi je dirais non.*

JG : Le regard des gens n'a pas changé ?

Kadija : *Non.*

JG : Si je vous parle de la féminité des femmes ménopausées, ça change quelque chose ?

Kadija : *Ah non pas du tout. Vous savez moi, je suis très réaliste. Il y a un âge où vous avez des enfants, un âge où ça passe. Et c'est le milieu de la vie donc...*

JG : Finalement ça a été un chemin très naturel ?

Kadija : *Ah oui tout à fait.*

JG : Cela n'a pas été une grande étape ?

Kadija : *Non, non. C'est pas quelque chose que j'appréhendais, c'est pas du tout quelque chose que j'ai mal vécu. Ça s'est fait en douceur. Sans problème.*

JG : Vous prenez un THM ?

Kadija : *Oui. J'ai pris un traitement jusqu'à il y a un an. Je l'ai arrêté suite à l'annonce de mon lymphome. Je suis allée voir mon gynécologue qui m'a dit qu'on n'allait pas m'embêter et attendre 6 mois. Et ça fait à peu près un an maintenant.*

JG : Quand a été débuté le traitement, c'était vous qui étiez demandeuse ou c'est le médecin qui vous l'a proposé ?

Kadija : *C'est le médecin qui me l'a proposé.*

JG : Vous connaissiez ce traitement avant de le prendre ?

Kadija : *Pas spécialement non. Disons que comme, du coup, j'ai eu des règles pendant relativement longtemps, peut-être qu'on a l'impression d'être normale. « Normale » entre guillemets, hein. Mais bon, il n'y a pas une grosse rupture même si ce n'est pas abondant comme une jeune fille de 20 ans.*

JG : Et du coup, quand vous ne les avez plus eues, ça a changé quelque chose ou pas ?

Kadija : *Rien.*

JG : Et pour vous, si il y avait un sentiment, une idée à mettre autour de ce traitement ?

Kadija : *Ben c'est toujours pareil. C'est par rapport à ce qu'on lit et à ce qu'on entend. Est ce qu'on a bien fait ou est ce qu'on a mal fait ? Mais on vit à une certaine époque... ben je sais pas moi, j'ai pris la pilule pendant des années, sans que ça me pose de grands problèmes parce que ça résolvait le problème de grossesses non désirées. Bon, c'était ça l'optique, après.... Et il y a des gens qui sont rongés parce qu'ils ont fait, moi pas. Et je me dis que bon... C'est vrai que quand on a quelque chose, par exemple quand on a découvert mon lymphome, j'avais envie de donner des coups de pied aux voitures qui laissaient tourner leur moteur ou de jeter toutes les bombes de pesticides chez moi. Et après on s'aperçoit que c'était pas vraiment ça. Non, je suis très réaliste.*

JG : Vous avez donc entendu parler de la polémique ?

Kadija : *Oui.*

JG : Où en avez vous entendu parler ?

Kadija : *Of, en lisant.*

JG : Vous êtes abonnée à des journaux ?

Kadija : *Non, moi, je suis abonnée au journal comme Le Monde. Mais je ne lis pas de presse féminine sauf quand je vais chez le coiffeur ou le dentiste.*

JG : D'autres sources ?

Kadija : *Je regarde parfois des émissions de santé à la télé. Mais ça ne m'arrive pas régulièrement.*

JG : Qu'avez vous entendu de la polémique ?

Kadija : *Et bien, c'est le problème de cancer du sein.*

JG : Du coup, vous étiez sous traitement à cette époque là ?

Kadija : *Oui.*

JG : Est-ce que cela vous a effrayé ?

Kadija : *Non. Pas du tout. Parce que je me suis dis que de toute façon... Je sais bien qu'il y a tellement de choses, on vous dit quelque chose et puis, après, on revient dessus. Non, je ne me suis pas précipitée chez le gynéco en disant : « arrêtez moi mon traitement tout de suite ». Parce que moi je me dis que vous n'allez pas chez le médecin si vous ne vous lui faites pas confiance. Alors je ne suis jamais tombée sur des médecins abominables. Mais nous, on connaît tellement peu de choses donc je me dis qu'après tout si le toubib prend la décision de... et puis moi je le tolérerais bien.*

JG : Vous en parlez en famille ou avec des amis ?

Kadija : *Pas vraiment. Non. Je ne suis pas une femme qui... Non, je n'aime pas. Il y a le juste milieu. J'ai des amies qui sont un peu comme moi. On parle des gros coups. Comme on fonctionne dans le groupe, on en parle parce que vous êtes surveillée, vous allez à l'hôpital, vous allez faire des examens, des mammographies tous les 2 ans mais bon. Je sais qu'il y en a une qui a eu un problème au sein mais ce n'est pas un sujet de conversation plus que ça.*

JG : Dans la famille, c'est un sujet qui est ou qui a été abordé ?

Kadija : *Vous savez j'ai une mère de 95 ans donc... A l'époque, les questions, on y répondait tout seul. Je n'ai pas eu une mère qui me racontait grand-chose. C'était le minimum qu'on disait à 12 ans, à l'arrivée des règles, c'était le minimum qu'on pouvait dire... enfin, moi, j'étais assez rebelle et je suis partie assez tôt de la maison en plus. Alors je ne racontais pas ce que je faisais à mes parents à l'âge de 18 ans. Non, par contre ma mère je savais qu'elle était ménopausée à 49 ans voilà.*

JG : Quand vous avez des questions, où allez-vous chercher les réponses ?

Kadija : *Moi, je suis assez bibliothèque. Je suis assez rayon santé bibliothèque.*

JG : Comment trouvez vous l'accès à l'information ?

Kadija : *Quand ça ne se lance pas trop dans de grandes explications scientifiques, je trouve ça assez abordable. Oui.*

JG : Allez-vous sur internet ?

Kadija : *Oui j'y vais mais alors modérément.*

JG : Pourquoi?

Kadija : *Je n'y suis jamais allée pour la ménopause. Mais pour le lymphome, oui, j'ai regardé. J'ai su le diagnostic un mois après le début des examens. Ce fût la douche froide. Alors quand je suis rentrée chez moi, je suis allée sur internet. Bon. J'avais pas le bon médecin parce qu'il me fallait un hématologue. Et j'ai regardé ce qu'était le système lymphatique, je ne savais pas ce que c'était à part le ganglion qu'on a quand on a de la fièvre. Et j'ai appris des choses. Mais une fois qu'on a commencé le traitement je n'ai plus regardé. [...] C'est vrai que moi, j'ai des problèmes d'arthroses et comme je dois me surveiller avec une visite tous les 2 mois. Alors dès qu'il y a quelque chose... c'est terrible cette surveillance alors que je ne suis pas du tout obnubilée pourtant. Je ne suis pas comme ça à l'origine. Je n'étais pas du genre à écouter mon corps. Je suis retournée dernièrement sur internet parce que j'ai un problème de doigt en ressaut. Et du coup, je suis retournée sur le site "Lymphome France Espoir". J'ai retrouvé ça et du coup j'ai regardé. Je suis donc retournée sur internet. Et du coup, j'avais mal au coude car j'avais jamais réalisé qu'il y avait des ganglions dans le coude. Et du coup, j'ai arrêté. Puis, j'ai dit : "allez, stop".*

JG : Ça vous effraie?

Kadija : *Oui, moi ça me... J'aime bien savoir. C'est vrai que quand ça été diagnostiqué, internet ne marchait plus. Donc j'avais demandé immédiatement à ma fille de m'envoyer tout ce qu'il y avait sur les lymphomes. Je regardais un peu de travers. J'avais pas regardé... Moi, je me disais que de toute façon, ça avait été pris à temps. Et que ma foi, le traitement ne pouvait pas ne pas faire effet. [...] Mais c'est vrai que je ne suis pas obnubilée par internet, non.*

JG : Vous abordez les questions que vous avez avec votre médecin?

Kadija : *Oui.*

JG : Vous abordez le sujet de la ménopause avec votre médecin? Si vous en avez besoin?

Kadija : *Oui, ce n'est pas un problème. Mais c'est vrai que, comme je n'ai pas eu beaucoup de gêne physiquement, donc du coup les problèmes liés à la ménopause, je les ai un peu « zappés ».*

JG : Comment arrivez-vous à savoir si les informations que vous avez sur internet sont fiables?

Kadija : *Je ne sais pas. Je vais juste sur des sites comme "Doctissimo". C'est sûrement un peu réducteur mais je ne suis pas médecin. Ceci dit, je ne suis pas du style à faire un traitement sans l'avis d'un médecin. Mais je ne suis pas du tout automédication. Pas du tout. C'est vrai que, bon, quand on me donne un traitement, je le fais jusqu'au bout, sans me dire que je vais l'arrêter parce que... Je fais assez confiance au médecin. Alors c'est vrai que quand elle me demandait : "on arrête ou on n'arrête pas" ? Alors c'est vrai que quelque part je me disais que c'était un peu à elle de décider... alors peut-être que j'aurais pu arrêter le traitement avant mais j'étais bien, je ne sais pas.*

JG : Globalement, vous êtes satisfaite de l'information en matière de santé?

Kadija : *En ce qui me concerne, oui.*

JG : Vous trouvez que vous arrivez à avoir de informations correctes, assez fiables?

Kadija : *Euh, oui...De toute façon, dès qu'on entre trop dans les détails je me perds. Je vois bien, ne serait-ce que sur les lymphomes et même sur les hormones. Moi, je me fais des dessins très simples, schématiques. Alors on me dit que j'ai un esprit très synthétique. Alors c'est vrai que quand je suis tombée malade, j'avais besoin d'en parler. Donc j'en parlais beaucoup. Ce qui choquait certaines personnes qui me disaient : oh là, t'es cancéreuse, et tu en parles comme si c'était normal!" Après, je me disais que : "oui, je devrais peut-être prendre un peu des gants car si c'était un médecin qui disait ça...." [...]*

JG : Vous connaissez les avantages et les inconvénients du traitement?

Kadija : *Non, je l'ai su. Elle me l'a expliqué. Mais si vous me le demandez maintenant, non, je ne le sais plus.*

Entretien avec Léonie :

âge : 75 ans

situation familiale : mariée, 3 enfants

profession : retraitée

ménopausée depuis l'âge de 54 ans

prise de THM : non

suivi gynéco par gynécologue et médecin généraliste.

Léonie : *Il faut plusieurs années pour vraiment sentir la ménopause. C'est une période très fatigante. On n'est plus jeune, c'est évident. A 50 ans, cette histoire de ménopause vous fait passer à un âge plus âgé. Il faut compter jusqu'à 60 ans. Et à 60 ans, on se retrouve jeune, je dirais. On n'a plus ce problème qui est très fatigant, très déprimant. Et qui vous redonne une jeunesse de vieillesse, qui est très agréable. Moi j'en garde un très bon souvenir. Parce que on est libre, on peut faire ce que l'on veut.*

JG : Donc il y a à la fois un début difficile fatigant puis s'en suit un sentiment de libération?

Léonie : *Oui, on est fatigué, déprimé, c'est ça la ménopause.*

JG : Qu'évoque pour vous la ménopause?

Léonie : *C'est les règles qui sont terminées alors c'est une délivrance aussi. On change de vie, c'est une étape. Et puis les enfants sont grands, on les marie.*

JG : Donc c'est un peu ambivalent : entrée dans la vieillesse mais aussi une certaine liberté?

Léonie : *Oui, c'est ça.*

JG : Donc, dans votre vie de tous les jours, il y a eu une répercussion importante?

Léonie : *Oh oui, un moment fatigant et pénible.*

JG : Avez-vous une idée du regard de la société sur les femmes ménopausées ou sur la ménopause?

Léonie : *On ne s'en rend pas compte. Vous savez, j'ai des filles de 55 ans et 52 ans, je ne sais même pas si elles sont ménopausées. Tiens, il faudrait que je leur demande.*

JG : Donc vous...

Léonie : *Moi, j'en ai un mauvais souvenir puis après une sensation de liberté.*

JG : Mauvais souvenir par rapport à vous, pas par rapport... ?
 Léonie : *À la société, un petit peu, parce que je me dis que « ouh lala,... » c'est un peu fragilisant et fatigant.*
 JG : Vous avez eu un traitement pour la ménopause?
 Léonie : *Non, je ne crois pas. J'allais voir mon gynéco mais...*
 JG : Vous en avez déjà entendu parler de ce traitement là?
 Léonie: *Non.*
 JG : Est ce que vous avez entendu parler de la polémique il y a quelques années sur ce traitement?
 Léonie : *Non, il y a des choses qui se font maintenant mais il y a 20 ans pour moi.*
 JG : D'où viennent vos connaissances sur la ménopause?
 Léonie : *Moi. Parce que ma mère est morte quand j'étais très jeune. J'avais à peine 13 ans, je n'avais même pas encore mes règles. Il y a beaucoup de choses comme ça qu'on apprend par soi-même.*
 JG : Il y a eu des discussions avec votre médecin à ce sujet là, à l'époque ?
 Léonie : *Non, pas du tout. Mais on était au courant, on savait qu'on arriverait à un âge où on serait ménopausée.*
 JG : Mais vous n'avez jamais eu de discussions à ce sujet là avec votre médecin?
 Léonie : *Non. J'avais comme médecin un cousin : le Docteur X. Et... on lui posait des questions, euh... mais...*
 JG : Ce n'était pas facile d'aborder tous les sujets?
 Léonie : *Non. J'ai dû aller plusieurs fois vers mon gynécologue.*
 JG : Et cette absence de discussion avec votre médecin vous a manqué?
 Léonie : *Non, cela ne m'a pas manqué.*
 JG : Parce que beaucoup de femmes m'ont dit le regretter?
 Léonie : *C'est évident. C'est des sujets un peu personnels et ce n'est pas facile à aborder.*
 JG : Vous en parlez de temps en temps à votre entourage? Famille, amis?
 Léonie : *Non, pas du tout. J'en ai jamais parlé.*
 JG : Est-ce que vous lisez des journaux ou regardez la télé? Vous avez eu des connaissances par ces médias là?
 Léonie : *Non. Non. Si, je lisais des journaux mais pas sur ces sujets là.*
 JG : Vous n'aviez pas un questionnement important là dessus?
 Léonie : *Non, non.*
 JG : Globalement, je parle sur la santé en général plus que sur la ménopause, vous êtes satisfaite des informations que vous avez sur la santé que ce soit par votre médecin ou par les médias en général?
 Léonie : *Oui. Parce que, à partir d'un certain âge, on va beaucoup plus chez les médecins. Donc je connais bien mes médecins.*
 JG : Donc vos sources d'informations médicales, ce sont surtout vos médecins?
 Léonie : *Oui.*
 JG : Vous n'allez pas à la bibliothèque ou... ?
 Léonie : *Non. La ménopause , c'est une période où on est très fragile, on sort de la jeunesse. Mais après on est délivrée. J'ai toujours eu des règles très abondantes, donc fatigantes.*
 JG : Donc vous êtes globalement satisfaite des informations reçues par votre médecin.
 Léonie : *Oh ben oui, parce que pour moi c'est fini.*
 JG : Oh je ne parle pas uniquement sur la ménopause, parce que chez vous, elle est bien installée et vous n'avez peut être plus de question à ce sujet-là.
 Léonie : *Non, non. Vous me donnez des bonnes idées parce que je vais poser des questions à mes enfants car je n'en ai jamais posées. Enfin, elles n'ont plus d'ailleurs. C'est des choses qui sont un peu secrètes.*
 JG : Bon, merci, j'ai terminé.

Entretien avec Mariette :

situation familiale : vit seule, 2 enfants
 retraitée
 âge : 72 ans
 ménopausée depuis l'âge de 48 ans
 prise de THM : non
 suivi par un gynécologue

JG : Qu'évoque pour vous la ménopause ?
 Mariette : *Ben, écoutez, ça s'est pas trop mal passé pour moi. Parce que j'entends parler de vapeurs.... mais moi, je n'ai jamais eu tout ça. Si, à part le poids peut-être.*
 JG : Quel sentiment y associeriez-vous ?
 Mariette : *Ben c'est à dire comme je travaillais, j'étais très occupée dans ma maison et en dehors, je ne me suis pas trop posée de questions. Je ne me suis pas pris la tête, comme on dit, avec ça quoi. C'est quand même naturel. Je me suis rendu compte que mes règles s'espaciaient. Et puis peut-être qu'à cette époque, on n'allait pas consulter. Et puis, on ne consultait pas de gynécologue. Si, après mon accouchement, pour prendre la pilule. L'accouchement était en 1967 et la pilule, c'était l'année d'après. Mais après, je ne suis pas allée voir un gynécologue. Mais depuis, j'y retourne.*
 JG : Donc vous n'avez jamais consulté pour ce sujet-là?
 Mariette : *Non, d'autant que j'avais déjà de l'hypertension artérielle et le médecin m'avait dit que je pourrai pas prendre de traitement hormonal. Donc je n'ai jamais pris de traitement à cause de ça.*
 JG : Y a-t-il eu des répercussions sur votre vie quotidienne?
 Mariette : *Oui, l'organisme change quand même. Mais après, les choses rentrent un peu dans l'ordre, si je puis dire.*
 JG : Avez-vous une idée du regard de la société sur la ménopause ou sur les femmes ménopausées?
 Mariette : *Ben, je vois beaucoup de gens qui... surtout maintenant on entend beaucoup de femmes qui se font du souci. J'ai*

des amies aussi qui ont pris le traitement et après elles l'ont arrêté parce qu'il y a eu la polémique sur le cancer. Mais bon, ce sont des choses intimes, je veux dire, les gens de mon âge, on n'en parle peut-être pas aussi librement que maintenant. Et puis moi, comme je suis seule, j'ai des amies qui ont encore leur mari et je ne veux pas entrer dans leur vie intime.

JG : Donc vous n'avez jamais pris de THM ?

Mariette : Non.

JG : Vous en avez quand même entendu parler de ce traitement ?

Mariette : Oh oui, j'en ai entendu parler.

JG : Vous connaissez les avantages et inconvénients du traitement ?

Mariette : Oui, un peu.

JG : Vous connaissez quoi comme avantage ?

Mariette : C'est du point de vue sexuel aussi.

JG : Vous en connaissez d'autres ?

Mariette : Peut-être du point de vue de la prise de poids. Et peut-être psychologiquement.

JG : Et les inconvénients ?

Mariette : Ben c'est les cancers du sein. On en a entendu parler plus tardivement parce que, au début, c'était formidable. Et puis, sinon, il y a la peau qui reste plus jeune.

JG : Quel sentiment avez-vous maintenant par rapport à ce traitement là ?

Mariette : Ben, par rapport à mes filles, même si elles ont pas encore l'âge de la ménopause... on se pose quand même des questions même si ils ont annulé par la suite.

JG : « Annulé » c'est à dire ?

Mariette : Ils ont dit que non, finalement... c'était les américains, je crois, qui avaient soulevé le problème. Et après, il ont dit « mais non, finalement c'est rien, on peut prendre ». Et puis après on a dit : « pendant dix ans, et après on stoppe ». Parfois, je pense à elles et je me demande ce qu'elles vont faire, est-ce que ce sera dangereux ou pas....

JG : Et si vous étiez à leur place maintenant, que feriez-vous ?

Mariette : Je ne sais pas. Je me renseignerais bien. Je... peut-être que j'en suivrais quand même un... En général, je fais assez confiance aux médecins, dès lors qu'ils me le conseillent. En demandant l'avis...

JG : Donc si il y avait un sentiment à mettre autour de ce traitement, il y a un peu de frayeur ou ... ?

Mariette : Ben, c'est comme tous les médicaments. Dès lors qu'on prend un médicament, c'est quand même un produit chimique. Et on se demande les effets et puis, si on fait bien de le faire. C'est comme les antidépresseurs, quelque fois on en a besoin mais on hésite à les prendre. Surtout si on va sur internet pour se renseigner, on a tous les détails, donc...ça donne un peu la frousse. C'est comme quand on lit la notice des médicaments, alors là quand on voit tout ce qui peut nous arriver, on se demande si on fait bien de prendre ce truc-là.

JG : Donc vous en avez beaucoup entendu parler de cette polémique ?

Mariette : Oui, parce que je l'ai lu aussi dans les journaux.

JG : Donc vous en avez entendu parler dans les journaux et ailleurs aussi ?

Mariette : Oui, les journaux. C'est vrai que j'écoute beaucoup la radio aussi.

JG : A la télé ?

Mariette : Un peu.

JG : Sur quelle radio ?

Mariette : J'écoute France Inter.

JG : Et les journaux ?

Mariette : Le Monde, Libération.

JG : Des journaux féminins ?

Mariette : Non, sauf quand je vais chez ma fille à Paris et que je tombe dessus. Je lis aussi le Figaro.

JG : Et vous pensez que si vous aviez été à l'époque sous ce traitement, cela vous aurait effrayé ?

Mariette : Ben, c'est à dire que, comme à mon époque on n'en parlait pas, je l'aurais pris si on me l'avait donné, en confiance. Et puis si cela m'avait apporté un mieux... Bon moi, j'ai eu la chance de ne pas trop avoir d'effets secondaires ou nocifs ou enfin qui dérangent. J'avais bien été dérangée aussi quand même... Et puis ben, c'est le temps qui passe aussi... C'est ça aussi.

JG : Vous voulez dire que c'est aussi synonyme du temps qui passe et de l'âge qui avance ?

Mariette : Ben oui bien sûr !

JG : Est-ce que, il y a un moment, votre médecin vous a dit : “ça y est, Madame, vous êtes ménopausée !” ?

Mariette : Ben moi, je m'en suis rendue compte toute seule. Parce que je vous disais que je n'allais pas chez une gynécologue à cette époque. Mais après, comme j'étais suivie pour l'hypertension, je l'ai quand même signalé. Et puis, on m'a dit que c'est effectivement la ménopause quand les règles commencent à s'espacer... Voilà.

JG : Pour vous, la ménopause, c'est aussi synonyme de vieillesse ou d'âge qui avance ?

Mariette : Surtout d'âge qui avance plutôt que de vieillesse. Ça correspond aussi pour une femme au fait qu'elle ne pourra plus avoir d'enfant. Ça compte ça aussi pour une femme. On se dit : “cette fois, ça y est.” Même si on ne voulait pas avoir d'enfant à cet âge là. Disons qu'on sait que cette fois-ci, c'est terminé, on passe à autre chose, on ne peut plus être fertile.

JG : Bon, d'une manière générale sur la santé, vos informations, vous les trouvez où ? Vous m'avez dit à la radio, dans les journaux, vous en trouvez ailleurs aussi ? Sur internet ?

Mariette : Ben moi je n'ai pas internet. Chez mes filles, oui parfois, je regarde.

JG : Vous avez déjà regardé sur la ménopause ?

Mariette : Non, parce que pour moi maintenant, c'est déjà du passé

JG : Sur internet, vous arrivez à vous y retrouver, vous arrivez à trouver des informations qui répondent à vos questions ?

Mariette : Ben oui, parce que vous trouvez beaucoup d'informations, ça c'est sûr, même assez poussées parfois.

JG : Vous me disiez que parfois cela faisait peur ce que vous trouviez sur internet ?

Mariette : Ben oui, ça fait un peu peur quand on vous donne vraiment tous les détails, toutes les possibilités, tout ce qui peut vous arriver....

JG : Vous trouvez que c'est un bon outil malgré tout ça ? Pour vos informations médicales ?

Mariette : *Oui quand même. Mais moi, je n'y vais pas très souvent. Je ne suis pas une fana d'Internet.*

[Appel téléphonique]

JG : Tout à l'heure vous me disiez que le sujet de la ménopause était un sujet un peu délicat. Mais vous en parlez quand même avec vos filles ?

Mariette : *Par exemple là, j'ai un rendez-vous avec une amie. Elle a le même âge que moi, elle s'est remariée. Mais bon, je ne parle pas de ça avec elle.*

JG : Dans votre famille ou avec vos filles?

Mariette : *Non, pour le moment, je n'en parle pas avec elles. Leurs vies intimes et tout ça... non. Je ne leur pose pas de questions. C'est leur vie, je ne veux pas rentrer dedans.*

JG : Oui je comprends tout à fait. Et avec votre médecin (médecin généraliste ou gynécologue), il y a eu quand même des discussions sur la ménopause?

Mariette : *Ben comme quand j'y suis retournée, c'était bien après, c'était chose faite, il n'y a pas eu... Et puis maintenant j'y vais pour tout ce qui est dépistage : mammographie, frottis... Donc, voilà... Mais ça, c'est un acquis.*

JG : D'accord, mais est-ce qu'à l'époque, il y a eu des discussions là-dessus?

Mariette : *Non, car à cette époque, c'était les années 80 donc euh....*

JG : Et...je cherche comment mieux faire... Et est-ce que vous auriez aimé, finalement, qu'il y ait eu une consultation à ce sujet-là ou que votre médecin vous en parle spontanément pour vous donner des informations?

Mariette : *Oui, j'aurais aimé effectivement. Je regrette quand même, j'aurais pu... Mais c'est vrai qu'à l'époque ça ne se pratiquait pas comme maintenant d'aller chez le gynécologue. J'y suis allée pour la première fois.... Mais c'est vrai que j'ai 4 petites filles. Je me dis que j'aurais dû emmener même mes filles chez un gynécologue lorsqu'elles ont eu leurs règles. Peut-être que elles, elles vont les amener, leurs filles, je pense. Moi, j'y suis allée la première fois pour ma première grossesse. Et puis après, il y a eu un laps de temps où je ne suis plus allée chez le gynécologue.*

JG : Vous auriez aimé finalement avoir un peu plus d'informations, avoir des discussions à ce sujet-là?

Mariette : *Oui, j'aurais aimé avoir des conseils pour se sentir mieux... Bien sûr, j'entends parler de vapeur, de... Et j'ai eu la chance de n'avoir jamais eu tout ça. Parce que ça ne doit pas être agréable. Alors c'est vrai que si j'avais eu tout ça, j'aurais aimé avoir quelqu'un qui me donne quelque chose pour les supprimer ou au moins les diminuer.*

JG : Est-ce que vous pensez aussi qu'il faudrait que ce soit à l'initiative du médecin d'en parler parce que c'est un sujet délicat et qu'on n'ose pas l'aborder en consultation?

Mariette : *Oui. Quoique maintenant, ça ne me gênerait pas. Ça ne me gênerait pas d'arriver chez le médecin et de lui dire que mes règles diminuent. Peut-être qu'il m'enverrait chez le gynécologue à ce moment là, mon généraliste. Si, si, j'en parlerais mais librement parce qu'un médecin, c'est un médecin.*

JG : Et d'une manière générale sur la santé, est-ce que vous êtes satisfaite des informations que vous avez reçues que ce soit par le médecin ou par les médias?

Mariette : *Par le médecin. Parce que je ne veux pas écouter des trucs médicaux toute seule. J'ai même une encyclopédie médicale que j'évite de regarder. Parce qu'après ça me stresse... Il faut quand même être conscient mais il ne faut pas non plus tomber dans l'excès et puis toujours consulter les revues médicales... Une fois, j'étais chez ma fille qui est médecin et j'ai feuilleté un livre de dermato et ben, c'est horrible les images et tout ça... Alors je l'ai vite refermé et reposé. Donc ça, non.*

JG : Votre première source d'information, ce serait le médecin?

Mariette : *Oui.*

JG : Vous trouvez que, par les médias, il y a parfois trop d'informations, finalement?

Mariette : *Ben, disons que ça dépend comment on les reçoit. Quelquefois, il y a des émissions médicales et je ne les regarde pas. Parce que, après, ça me stresse. Mais je ne vais pas me fermer les yeux complètement non plus. Là, actuellement, comme j'ai de l'hypertension et que j'avais quelques douleurs parfois, je suis quand même allée voir le cardiologue. Pour savoir quand même ce que j'avais. Pour essayer de durer encore un peu.*

JG : En fait vous avez besoin d'avoir des informations uniquement quand vous avez des questions?

Mariette : *Ben, quelque fois si. Il y a quand même des maladies qui concernent les enfants, tout ça, il faut quand même bien être au courant de ce qui se passe. Mais pas à l'excès je veux dire.*

JG : Je vous remercie.

GINDRE J. Représentations, vécu et information des femmes concernant la ménopause et son traitement hormonal. Etude qualitative réalisée auprès de 13 femmes ménopausées à l'aide d'entretiens semi-dirigés. 200f. : 3fig, 4tab. Th. Méd. : Lyon 1, Laënnec : Mai 2009 : 48

RESUME :

INTRODUCTION : De fatalité biologique par le passé, la ménopause est devenue, ces dernières décennies, un enjeu majeur de santé publique. Depuis 2002, plusieurs études sont venues remettre en cause des dogmes admis depuis longtemps sur le traitement hormonal de la ménopause (THM). Ces publications, très médiatisées, ont semé le doute au sein du corps médical.

OBJECTIFS : Alors qu'il est difficile pour nous, praticiens, d'élaborer une synthèse pour notre pratique clinique, il nous a semblé intéressant d'évaluer la répercussion d'une telle polémique sur les femmes ménopausées. Où en est l'information des patientes à propos du THM? Quelles sont leurs représentations et leurs connaissances de la ménopause et du THM?

METHODE : Nous avons réalisé une étude qualitative auprès de 13 femmes ménopausées de la région lyonnaise à l'aide d'entretiens semi-dirigés.

RESULTATS : Les représentations de la ménopause sont riches et forment un large registre allant d'un constat négatif à une étape satisfaisante. Le plus souvent, elles sont ambivalentes tiraillées entre un sentiment de libération et une impression de vieillissement, parfois même de dévalorisation. Les débats autour du THM ont suscité beaucoup de partis pris. Parmi les femmes non traitées, certaines ont été soulagées de ne pas avoir pris le traitement. Pour d'autres, cela a conforté leur avis préalablement défavorable à l'encontre de ce médicament. Parmi celles qui étaient traitées, certaines ont été initialement inquiétées mais rapidement rassurées par leur médecin. Quelques-unes ont modifié leur traitement, d'autres n'ont pas été tourmentées. Les sources d'information sont nombreuses et sont dominées par les médias. Les médecins semblent garder une place qualitativement importante.

CONCLUSIONS : Les connaissances des femmes sur le THM semblent être parfois insuffisantes. D'autres part, certaines sont déconcertées face à leurs représentations de la ménopause et face aux multiples informations, parfois contradictoires, qu'elles reçoivent. Une écoute plus attentive des femmes au moment de la ménopause pourrait permettre aux médecins de mieux les conseiller.

MOTS CLES :	Recherche qualitative Ménopause Hormonothérapie – complication, polémique Attitude, représentations sociales, savoir et éducation Médias
--------------------	--

JURY :	Président :	Monsieur le Professeur D. RAUDRANT
	Membres :	Monsieur le Professeur J.-M. ELCHARDUS Monsieur le Professeur P.GIRIER Monsieur le Docteur Y. ZERBIB Madame E. LASSERRE, Docteur en anthropologie

DATE DE SOUTENANCE :	13 Mai 2009
-----------------------------	-------------

ADRESSE DE L'AUTEUR :	4 cours Gambetta 69007 Lyon
------------------------------	-----------------------------

