Ménopause et andropause à la lumière du « dispositif de sexualité »

Virginie Vinel

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/leportique/628>

DOI : 10.4000/leportique.628

ISSN : 1777-5280

Éditeur

Association "Les Amis du Portique"

Édition imprimée

Date de publication : 1 septembre 2004

ISSN : 1283-8594

Référence électronique

Virginie Vinel, « Ménopause et andropause à la lumière du « dispositif de sexualité » », *Le Portique* [En ligne], 13-14 | 2004, mis en ligne le 15 juin 2007, consulté le 25 mars 2021. URL : <http://journals.openedition.org/leportique/628> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/leportique.628>

Ce document a été généré automatiquement le 25 mars 2021.

Tous droits réservés

Ménopause et andropause à la lumière du « dispositif de sexualité »

Virginie Vinel

- 1 Le traitement social et médical actuel de la ménopause s'éclaire particulièrement à la lecture de la notion de « dispositif de sexualité » que Michel Foucault développe dans le premier tome de *l'Histoire de la sexualité*, et dans des articles et des conférences entre 1976 et 1982¹. J'essaierai de l'illustrer en m'appuyant, d'une part, sur les discours médicaux, institutionnels et vulgarisés autour de la ménopause, d'autre part, sur une recherche ethnologique menée auprès de femmes âgées de 40 à 65 ans².
- 2 Dans un premier point, je montrerai comment la ménopause est l'objet de discours médicaux et d'une médicalisation intensive depuis bientôt deux siècles. J'en dégagerai également les enjeux socio-économiques. Ce qui me mènera, dans un deuxième point, à observer comment cette médicalisation s'applique spécifiquement aux classes sociales supérieures et à interroger la place de l'aveu, c'est-à-dire la production d'un discours vrai sur soi-même, dans les trajectoires thérapeutiques de la ménopause. Des résistances, des discours et des pratiques alternatifs se sont développés contre ou en parallèle à la prise en charge de la ménopause par la bio-médecine. Je me demanderai comment les interpréter au regard de la théorie de Foucault. Enfin et, en guise de conclusion, je m'interrogerai sur l'entrée du corps masculin vieillissant dans ce dispositif à travers l'émergence de la notion d'andropause.
Une médicalisation généralisée
- 3 La médicalisation de la ménopause en France est ancienne. Un médecin français, de Gardanne, invente le terme en 1816, et la définit comme la cessation des règles³. Daniel Delanoé⁴ souligne que, jusqu'à la fin du XIX^e siècle, cette médicalisation était propre à la bourgeoisie et à l'aristocratie française.
- 4 L'essor de la médicalisation de la ménopause s'inscrit dans le développement de l'endocrinologie, au début du XX^e siècle⁵, qui ancre le corps féminin dans le discours hormonal. Dans la deuxième moitié du XX^e siècle, la médicalisation se généralise en

s'appuyant sur la croissance du dispositif institutionnel médical, confirmant le contrôle médical sur le corps des femmes. Ainsi, en 1991, l'ANDEM conclut sa conférence de consensus sur la ménopause ainsi : « À la question "Faut-il médicaliser la ménopause ?" Le jury répond : OUI [sic], il faut médicaliser la ménopause, ce qui sous-entend une surveillance régulière de toutes les femmes ménopausées, traitées ou non »⁶.

- 5 Les discours médicaux se vulgarisent et deviennent surabondants après les années 1970, créant une explosion de la médiatisation de la ménopause, exposée aussi bien dans les journaux locaux et nationaux que dans les magazines féminins, de télévision, de santé, les ouvrages de vulgarisation⁷ et les sites Internet.
- 6 Ce premier point renvoie au développement de la *scientia sexualis* que Michel Foucault voit émerger au XVIII^e siècle. Comme il l'affirme dans la *Volonté de savoir*⁸, la société du XVIII^e siècle n'a pas opposé au sexe un refus de reconnaître la sexualité. Au contraire, elle a mis en œuvre tout un appareil pour produire sur lui des discours vrais.
- 7 Ainsi, les documents de vulgarisation sur la ménopause, comme les documents officiels des hautes instances de la santé (ANAES, AFFSAPS⁹) proposent un discours uniforme qui présente, d'abord, la ménopause comme une maladie. L'ANDEM dresse une symptomatologie et une épidémiologie de la ménopause sans appel : bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, paresthésies, crampes, insomnies, troubles de l'humeur, sécheresse vaginale, troubles du comportement sexuel, ostéoporose, accidents coronariens, troubles fonctionnels génito-urinaires. Ces symptômes sont repris et, parfois, grossis par les documents de vulgarisation qui, chacun à sa façon, en commente les effets sur les femmes¹⁰ : « À long terme, ce manque d'hormones fait peser des menaces graves sur la santé » trouve-t-on, par exemple, sur le site Femiweb.com. Le premier symptôme dans tous les documents sont les bouffées de chaleur. Suivent dans un ordre différent les problèmes de seins, le vieillissement de la peau, la sécheresse vaginale, les troubles sexuels, la fatigue, la dépression, la prise de poids, les troubles urinaires, les problèmes de mémoire, les troubles du sommeil, la maladie d'Alzheimer. L'ostéoporose et les maladies cardio-vasculaires font l'objet d'un traitement plus long, venant couronner un tableau particulièrement dramatique.
- 8 En outre, le discours médical suggère une soumission de l'état physique, psychique et, parfois, social des femmes aux hormones. Ainsi, la périménopause est le règne du désordre et la ménopause celui de la carence. Les mots « irréguliers », « désordres », « déséquilibre », « dérèglement » et « anarchie » sont récurrents dans les descriptions de la périménopause. Celle-ci avec la ménopause s'opposent aux cycles harmonieux des femmes en âge de fécondité.
- 9 Ces affirmations s'inscrivent dans la longue continuité de l'hystérisation du corps féminin, exemplifiée par Foucault. L'existence féminine est passée, en trois siècles, d'une dépendance envers son utérus, à celle de ses ovaires, enfin de ses hormones. Le sexe, écrit Foucault¹¹, est doté d'un pouvoir causal inépuisable et polymorphe où il n'est guère de maladie qui n'ait une étiologie sexuelle. Le traitement social de la ménopause est indubitablement inséré dans l'action du bio-pouvoir, qui se caractérise aussi par l'omniprésence de l'état.

Interventions étatiques et enjeux économiques

- 10 La médicalisation de la ménopause s'appuie sur un ensemble d'interventions étatiques qui régule l'accès aux traitements hormonaux de substitution (THS) : autorisation de mise en vente et de remboursement, commandes d'expertises, élaboration d'un

ensemble de recommandations relatives à leur utilisation. Ainsi, suite à la publication, en 2002, des résultats de deux études américaines et anglaises révélant les risques élevés des THS, l'état français recommandait par le biais de l'AFSSPAS : « chez la femme ménopausée présentant des troubles fonctionnels liés à la carence estrogénique, un THS peut être instauré, à la dose minimale efficace, et ce tant que durent les symptômes. Que la femme ait des troubles climatériques ou non, le THS garde un intérêt dans la prévention de l'ostéoporose post-ménopausique dans la mesure où des facteurs de risque d'ostéoporose sont identifiés. [...] L'instauration d'un THS doit être décidée au cas par cas en fonction du rapport individuel bénéfice/risque, et après interrogatoire et bilan clinique à la recherche de contre-indication et de facteurs de risques. Il nécessite d'être régulièrement réévalué, au moins une fois par an »¹². Au-delà des termes qui connotent le cadre de surveillance des corps caractéristique du biopouvoir, ces recommandations se rapportent à la définition que Foucault¹³ donne de la noso-politique. Elle a pour vocation : « la santé de tous comme urgence pour tous ; l'état de santé d'une population [en est] l'objectif général ». Dans un article suivant¹⁴, il définit l'état comme une « somatocratie », ayant pour but « le soin du corps, la santé corporelle, la relation entre la maladie et la santé ». Santé et bonheur, promus par l'État, sont des moyens d'en accroître sa puissance¹⁵.

- 11 Or la santé des citoyens contemporains renforce la puissance des États par le biais, notamment, de leur efficacité socio-économique et de leur faible coût. Le bien-être et la santé des personnes de plus de cinquante ans est un enjeu économique et social considérable : report de l'âge de la retraite auquel on assiste dans l'Occident industrialisé, moindres coûts d'une population en bonne santé et amenuisement de la dépendance. On comprend, à la lumière de Foucault, pourquoi l'AFSSAPS insiste sur le rôle des THS dans la prévention de l'ostéoporose, même dans le cadre actuel des risques de ces traitements, car la fracture d'une hanche ou d'une jambe est souvent un premier pas vers la dépendance pour les femmes âgées. Le traitement hormonal de la ménopause entre bien dans cette injonction issue du XVIII^e siècle qui se résume par : la santé pour tous et jusqu'au bout de la vie¹⁶. Cette prescription, comme l'exprime Foucault, est particulièrement destinée aux catégories sociales supérieures.

L'auto-affirmation d'une classe sociale

- 12 D'un point de vue national, la médicalisation de la ménopause est destinée à l'ensemble des femmes. Mais sur la dizaine de millions de femmes âgées de plus de 50 ans, seulement 20 % prennent un THS dont 40 % des 50-65 ans et 3 % des plus de 65 ans¹⁷. De plus, la prise de THS augmente avec le niveau socio-économique. Ainsi, en 1996, dans une enquête auprès de 1062 femmes ménopausées¹⁸, 54 % des femmes de la catégorie « Profession libérale et cadres supérieurs » prennent un THS contre 39 % pour les employées et 34 % pour les ouvrières. En outre, la prise d'un THS augmente avec le niveau d'études de 25 à 40 % et avec le niveau de revenu.
- 13 Par ailleurs, les ouvrages et les documents de vulgarisation sont explicitement à destination de femmes d'un niveau social moyen ou supérieur, comme en témoignent les photos de couverture et les propos des ouvrages de vulgarisation. Ainsi, David Elia¹⁹ décrit des modèles de « jeunes vieilles dames » vives, belles et heureuses de vivre, et trouve dans des femmes célèbres du monde médiatique des figures à proposer à ses lectrices : Marlène Jobert, Charlotte Rampling, Catherine Deneuve, Anne Sainclair, par exemple. Il décrit, toutefois, une femme de niveau modeste, Marthe, 75 ans, rencontrée dans un groupe de parole en 1996 : « veuve, mère d'un fils de 40 ans, elle tient une

épicerie dans un petit village d'Eure-et-Loir. Coquette soignée, elle porte une robe à fleurs aux couleurs vives. Elle dégage une joie de vivre, une vivacité chaleureuse et une évidente bonne humeur... »²⁰

- 14 Tous les documents proposent explicitement ou implicitement un modèle féminin après 50 ans. Il comporte un volet « activité physique », une « vie saine » ou autrement dit « une bonne hygiène de vie » : la femme ménopausée de plus de 50 ans doit être sportive ; elle ne doit pas fumer, mais doit consommer des vitamines (antioxydants) et adopter un régime spécifique, nommé le « régime crétois »²¹. Elle doit « prendre soin d'elle » notamment de sa peau, de ses cheveux et surveiller son poids. Les termes récurrents sont la sérénité et la libération. Aux plus jeunes « engluées dans leur vie familiale et professionnelle »²² s'opposent les femmes de plus de 50 ans libérées des contraintes, mais toujours actives. Ces activités connotent des représentations stéréotypées des femmes et de la catégorie sociale à laquelle elles appartiennent : « Emportée dans son désir de vie, elle sublimera et cette nouvelle femme retrouvera ses premières amours : cuisine, couture, peinture, sculpture, musique, écriture »²³. Les sorties culturelles sont particulièrement valorisées : théâtre, cinéma, voyages.
- 15 Il s'agit bien, comme l'a énoncé Michel Foucault²⁴, de techniques mises en place par et pour la bourgeoisie²⁵. Elles relèvent non pas d'un renoncement au plaisir ou d'une disqualification de la chair, mais d'une intensification du corps, d'une problématisation de la santé et de ses conditions de fonctionnement. Il s'agit de maximaliser la vie, en assurant la longévité, la descendance des classes qui dominaient au XIX^e siècle et dominant encore. Foucault l'analyse comme un processus d'auto-affirmation de la classe bourgeoise en pleine expansion économique, politique et historique. Les modèles proposés aux femmes ménopausées contemporaines sont ceux de femmes actives, des classes moyennes et supérieures, adaptées à la société de performance néo-libérale actuelle.
- 16 On peut également y déceler, dans la même logique définie par le dispositif de sexualité, l'objectif de contrôler les sexualités non productives – la sexualité après la ménopause en est une comme la masturbation enfantine – qui sont à canaliser – les documents recommandent une sexualité génitale régulière au sein du couple – ou à détourner vers d'autres objectifs. Elia²⁶ préconise, par exemple, de développer l'esprit, la séduction physique devant laisser place à une séduction morale. L'auto affirmation de la bourgeoisie s'est construite sur la production de discours sur soi-même, notamment par l'aveu.

L'aveu dans la construction du sujet ménopausé

- 17 Le dispositif de sexualité, selon Foucault, repose sur la production d'un discours vrai par les institutions, mais aussi sur l'injonction ou l'incitation faite au sujet de dire la vérité sur soi, ce que l'auteur nomme l'aveu²⁷. Celui-ci rend l'individu dépendant de l'autre (le récipiendaire du discours) et va modifier le rapport qu'il a à lui-même. L'aveu est-il présent dans le traitement des femmes ménopausées ?
- 18 Dans les trajectoires thérapeutiques de la dizaine de femmes que j'ai interviewées, l'interaction avec le médecin généraliste ou le gynécologue participe, en première instance, à la définition de l'entrée dans une phase de ménopause, surtout pour les plus jeunes (42-56 ans). La visite régulière chez le médecin est l'occasion de parler de soi. Pauline raconte : « Je crois qu'en fait, c'est moi qui en parle [de la ménopause], ouais. Ben lui [le gynécologue], il dit que tant que ça n'est pas là, il n'y a pas lieu de... pas lieu

d'y penser, de s'inquiéter mais je crois que c'est euh... dans les discussions, c'est plutôt moi qui en parle de ça ». Le diagnostic, de même que la surveillance médicale, passe par la demande de paroles sur les symptômes physiques : règles, seins, sexualité, poids, ce que l'AFSSAPS nomme « l'interrogatoire ²⁸ ». De plus, le médecin intervient dans l'interprétation des symptômes que les femmes décrivent. Ainsi, Isabelle rapporte que lors d'une consultation de routine, elle indiqua à la praticienne qu'elle avait parfois des « sueurs pendant la nuit » : « Ah, Ah ! C'est peut-être des signes de ménopause », dit-elle en mimant la gynécologue. Noria et Claire ont aussi vues leurs irrégularités menstruelles interprétées comme des signes de « pré-ménopause », tout en se faisant rappeler que « c'était un peu trop tôt ». Dans la suite de la trajectoire de suivi médical, le dosage hormonal signifie aux femmes qu'elles sont en période de périménopause (diminution des œstrogènes), puis ménopausées (arrêt de production d'œstrogènes).

- 19 Peut-on parler, pour autant, d'aveu au sens foucauldien ? La consultation gynécologique ne s'apparente pas à la technique du psychiatre français Leuret qui sert de moteur à la réflexion de Foucault sur l'aveu ²⁹. Toutefois, certains éléments s'y retrouvent ³⁰. L'aveu est un acte verbal par lequel le sujet se place dans un rapport de dépendance à l'égard d'autrui, dit Foucault. Dans l'acte institutionnalisé de la consultation médicale, la patiente se place non seulement en rapport de dépendance avec le médecin, mais aussi avec le savoir médical, les politiques de santé, les représentations sociales et culturelles véhiculées par le praticien. L'aveu modifie le rapport que le sujet a avec lui-même, dit-il encore : une fois qu'elles ont « avoué » leurs symptômes, puis qu'elles ont été « étiquetées ³¹ » comme femmes en période de pré-ménopause, les femmes rencontrées changent leur rapport à elles-mêmes, ce qui se traduit par des inquiétudes sur leur qualité de vie, sur leur rapport avec leur conjoint, une attention accrue à leur corps et à ses soins.
- 20 Par l'aveu, dit Foucault, le sujet, dans une affirmation sur ce qu'il est, se lie à cette vérité. Dans le cas étudié, les femmes sont bien liées à l'aveu des symptômes et de l'état de pré-ménopause ou de ménopause, mais il semble qu'elles gardent du recul et une marge de liberté par rapport à ce qui se déroule dans le cabinet du médecin. Elles ne se sentent pas entièrement obligées par ce qui a été dit et prescrit et elles élaborent des pratiques et des représentations alternatives issues de sources hétéroclites ³².
- 21 L'aveu comme technique de soi, de transformation du sujet femme en sujet femme ménopausée semble bien présent dans la trajectoire des femmes rencontrées. Toutefois, elles n'apparaissent pas aliénées à l'institution médicale. Cette assertion me conduit à explorer dans un troisième point les résistances, les hésitations et les bricolages de la médicalisation de la ménopause.
Discours alternatifs et pratiques des femmes
- 22 Des oppositions à la médicalisation de la ménopause se sont élevées de la part des féministes nord-américaines. Le mouvement *Our Bodies Ourselves* ³³, né en 1970, a été un moteur et un important diffuseur de ces idées. La première est que les femmes peuvent devenir leurs propres expertes. En deuxième lieu, ce collectif défend que la médicalisation des événements physiologiques (naissance, ménopause, vieillissement, mort) n'est pas pertinente pour traiter la santé et structurer un système de santé. Il dénonce aussi la sous-représentation des femmes dans les institutions politiques de la santé et revendique, enfin, une plus grande place des consommateurs dans les débats médicaux ³⁴.

- 23 Bien que ne remettant pas en cause les désagréments causés par la ménopause, ni le modèle hormonal du corps féminin, *Our Bodies Ourselves*³⁵ émet des propositions décalées par rapport à la vulgate médicale sur la ménopause. Ainsi, pour les auteures, la ménopause s'insère dans les autres fluctuations hormonales féminines et n'est ni un phénomène exclusif, ni excluant par rapport à une vie préalable dite harmonieuse. Par exemple, les bouffées de chaleur ne sont plus spécifiques à la ménopause, mais peuvent être présentes en phase de puberté, d'ovulation et d'allaitement. Par ailleurs, elles proposent de participer à des groupes de soutien féminin pour faire face aux problèmes. Et elles défendent des positionnements inédits en matières de pratiques corporelles : elles assurent que grossir prévient des désagréments de la ménopause, et indiquent la masturbation pour satisfaire ses désirs et maintenir l'élasticité des parties génitales³⁶.
- 24 Ces propos alternatifs ont été confortés en Amérique du Nord par la crise que subissent les THS depuis deux ans. Celle-ci a surtout provoqué la multiplication et la diversification des discours sur la ménopause. Ainsi, les structures institutionnelles étatiques et médicales, françaises notamment, ont été amenées à diffuser leur position. Par ailleurs, des propositions de traitements par les plantes se sont mises à proliférer aussi bien sur Internet que sur papier (livres, publicités dans les magazines).
- 25 Un anti-dispositif de sexualité se profilerait-il ? À la lecture de Foucault, la réponse est négative. Au contraire, la multiplication et la diversification des discours sur la ménopause renforce le dispositif de sexualité. Car celui-ci ne traduit pas, selon l'auteur, par une intervention uniforme de l'État dans la pratique de la médecine, mais plutôt par l'émergence en des points multiples du corps social, de la santé, de la maladie comme problèmes qui demandent une prise en charge collective³⁷.
- 26 Les pratiques des femmes interviewées ne sont pas non plus univoques. Ainsi, elles élaborent des itinéraires thérapeutiques singuliers qui intègrent les prescriptions médicales, mais aussi des traitements homéopathiques, des compléments et des plantes trouvés en pharmacie ou vantés dans des magazines³⁸. Elles changent de stratégie en fonction des signes de leur corps et des interactions avec autrui. Les conversations avec les amies, les conseils de parentes interviennent dans leur choix des produits. La confiance nouée ou non avec le praticien, l'impression d'être ou non entendues par lui, jouent aussi un rôle important dans l'adoption des traitements qu'il propose. Les femmes rencontrées montrent qu'elles restent actrices de leur procès de médication en multipliant les sources d'informations. Ces pratiques peuvent être vues comme une forme de résistance à la prise en charge institutionnelle du corps féminin, mais elles contribuent à la multiplication des discours et s'insèrent bien dans ce que Foucault définit comme le dispositif de sexualité.

Le corps masculin vieillissant et le dispositif de sexualité

- 27 La sexualité des hommes vieillissants semblait échapper jusqu'à présent au dispositif de sexualité. Ainsi, la notion d'andropause émerge plus d'un siècle après celle de ménopause. En 1952, Antoine Porot la définit comme « l'arrêt de la fonction sexuelle chez l'homme »³⁹. Elle ne passe dans le vocabulaire courant français que dans les années 1980 (le *Grand Robert*). Cette notion prend lentement son essor dans une société où les difficultés sexuelles des hommes demeurent un tabou. Mais, la production scientifique reste restreinte sur la question : alors que la ménopause fait l'objet de 308 thèses françaises, depuis 1983, 4 thèses seulement ont été consacrées à l'andropause. Il en est de même pour la littérature de vulgarisation qui demeure disproportionnée : 6

ouvrages sur les hommes autour de 50 ans depuis la fin des années 1980 en France, contre une centaine sur la ménopause, une dizaine de sites Internet francophones dont aucun français à propos de l'andropause, contre une centaine sur la ménopause⁴⁰.

- 28 Toutefois, les instances internationales produisent maintenant un discours institutionnel sur l'andropause : l'OMS, dans un rapport de 1999⁴¹, la définit comme une baisse de la testostérone disponible chez les hommes vieillissants. L'andropause a, pour l'OMS comme pour d'autres organismes (Université de Liège, Service santé Canada) des incidences sur la vie globale de l'homme : capacités physiques et musculaires, bien-être psychologique, moindre désir et baisse de la fonction sexuelle. À cette énumération s'ajoute, selon le site de l'Université de Liège : les risques cardiovasculaires, l'obésité, une diminution de la force, une fatigabilité accrue, des troubles métaboliques, urinaires, du sommeil, de l'humeur, de la mémoire et de la concentration⁴². Le site de santé canadien renchérit sur les troubles psychologiques voire sociaux : « Ils deviennent irritables et léthargiques, ne se sentent pas bien, manquent de motivation, n'ont que peu d'énergie mentale, perdent un peu la mémoire à court terme, ont de la difficulté à se concentrer, se sentent dépressifs et moins sûrs d'eux. L'homme y laisse de son entrain et ne trouve pas vraiment de sens à sa vie, se sent seul, moins charmant et mal-aimé »⁴³. Des modifications esthétiques et sexuelles sont aussi signalées : « [ils] perdent de la vigueur, de l'énergie, de la force et de la masse musculaire, prennent un peu de poids, perdent des poils pubiens et voient leur ventre grossir. Ils éprouvent également des modifications d'ordre sexuel : moins d'intérêt pour la chose, inquiétude au sujet des changements de nature sexuelle, pensées et désirs plus fréquents de relations avec d'autres partenaires, perte d'érection durant les relations sexuelles, éjaculation plutôt faible et volume de l'éjaculat réduit »⁴⁴.
- 29 L'andropause apparaît, à l'instar de la ménopause comme un état morbide, altérant la santé physique, psychique et l'état social. Le sexe et la sexualité par la voie des hormones deviennent, comme pour les femmes, d'une causalité englobante, ce qui est une caractéristique du dispositif de sexualité. De même, la multiplication des discours sur l'andropause, notamment sur Internet, participe de ce mouvement.
- 30 Le corps masculin vieillissant semble bien entrer dans la dynamique du dispositif de sexualité débuté au XVIII^e siècle. Toutefois, des résistances perdurent. Parmi elles, le silence des instances françaises de santé sur l'andropause est à souligner. L'humour par lequel les ouvrages de vulgarisation abordent l'andropause et l'insistance à la considérer comme une pathologie touchant un nombre restreint d'hommes (entre 5 % et 50 % selon les auteurs⁴⁵) peuvent apparaître comme des freins au contrôle des corps et de la sexualité des hommes vieillissants. Le dispositif de sexualité, qui trouve une extension colossale du côté de la ménopause, prend donc un essor mesuré à propos du sexe masculin.
- 31 La notion de « dispositif de sexualité », adaptée assez librement, apporte un éclairage particulièrement convaincant à mes recherches sur la ménopause et l'andropause. Toutefois, en tant qu'ethnologue, étant attentive aux interprétations que les sujets donnent à leurs pratiques et à leur imaginaire, il me semble que cette notion doit rester une lecture de mes recherches de terrain, mais ne peut les épuiser. L'ethnographie détaillée permet une restitution sensible des marges de liberté des acteurs et des actrices, et du sens qu'ils donnent à leurs pratiques.

NOTES

- 1.. M. FOUCAULT, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, Tel, 1976.
J'étaye également mon argument sur les textes et les conférences suivants : « La politique de la santé au XVIII^e siècle », *Dits et écrits*, T. III, Paris, Gallimard, 1994, p. 13-27 ; « Crise de la médecine ou de l'antimédecine ? », *ibid.*, p. 40-58 ; « L'Occident et la vérité du sexe », *ibid.*, p. 101-106 ; « Sexualité et pouvoir », *ibid.*, p. 552-570 ; « Sexualité et solitude », *Dits et écrits*, T. IV, Paris, Gallimard, 1994, p. 168-178.
- 2.. Recherche en cours.
- 3.. Voir Daniel DELANOË, « La médicalisation de la ménopause » in D. DELANOË, P. AÏACH, *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, 1998, p. 212-251 ; Nicoletta DIASIO, « L'inverno delle donne. La costruzione del concetto di menopausa tra scienza e metafisica », in A. GUERCI, S. CONSIGLIERE, *Il Vecchio allo specchio. Percezioni e rappresentazioni della vecchiaia*, Gênes, Erga, 2002, p. 310-325.
- 4.. *Ibid.*
- 5.. Voir à ce propos les travaux de Nelly OUDSHORN, « Au sujet des corps, des techniques et des féminismes » in D. GARDEY, I. LÖWI, *Les Sciences et la Fabrication du féminin et du masculin*, Paris, EAC, 2000, p. 31-44.
- 6.. Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, « Conférence de consensus. Médicaliser la ménopause ? », avril 1991, p. 15.
- 7.. Une centaine publiée en France depuis la fin des années 1980.
- 8.. *Op. cit.*
- 9.. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
- 10.. Voir Virginie VINEL, « Les représentations de la ménopause dans des documents français contemporains », in A. GUERCI, S. CONSIGLIERE, *Il vecchio allo specchio...*, *op. cit.*, p. 326-337. Les ouvrages et les sites auxquels je me réfère sont : Dr David ELIA, *Le Bonheur à cinquante ans*, Paris, Laffont/J'ai lu, 1997 ; Annabelle Clément, Dr René GENTILS, *La Ménopause*, Paris, Mango Pratique, 2002 ; Dr Serge RAFAL, *La Ménopause au naturel*, Paris, Marabout, 2001 ; Femiweb.com (novembre 2001, avril 2004) ; Epsyweb.com (novembre 2001, avril 2004) ; Menopause.fr (novembre 2001, avril 2004).
- 11.. *La Volonté de savoir*, *op. cit.*, p. 88. Foucault parle ici du XIX^e siècle, mais il me semble que ses analyses peuvent s'étendre à l'époque contemporaine, en ce qui concerne notre propos.
- 12.. AFSSAPS, janvier 2003 : site du Ministère de la santé, avril 2004.
- 13.. « La politique de la santé au XVIII^e siècle », *op. cit.*, p. 15.
- 14.. « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ? », *op. cit.*, p. 43.
- 15.. Voir à ce propos les commentaires de Hubert DREYFUS et Paul RABINOW, *Michel Foucault, un parcours philosophique*, Paris, Gallimard, 1984, p. 203.
- 16.. Voir l'article de Michèle KÉRISIT et Simone PENNEC, « La mise en science de la ménopause », *Cahiers du Genre* n° 31, 2002, p. 129-148.
- 17.. Source : Association française de la ménopause, avril 2004.
- 18.. Daniel DELANOË, « Critique de l'âge critique », thèse de doctorat de l'EHESS, Paris, 2001, Annexes, p. 46.
- 19.. Dr David ELIA, *Le Bonheur à cinquante ans*, *op. cit.*, p. 172.
- 20.. *Ibid.*, p. 16.

- 21.. Annabelle CLÉMENT, René GENTILS, *op. cit.* p. 63 ; Serge RAFAL, *op. cit.*, p. 284.
- 22.. ELIA, *op. cit.*, p. 244.
- 23.. Epsyweb.com, p. 2.
- 24.. *La Volonté de savoir*, *op. cit.*
- 25.. Il ne s'agit pas d'opérer un raccourci historique en assimilant la bourgeoisie du XIX^e siècle avec les catégories sociales moyennes et supérieures du début du XXI^e siècle. Toutefois, il est incontestable que les discours contemporains véhiculent les normes des classes dominantes.
- 26.. Dr David ELIA, *Le Bonheur à cinquante ans*, *op. cit.*
- 27.. *La Volonté de savoir*, *op. cit.*
- 28.. *Op. cit.*
- 29.. « Sexualité et solitude », *op. cit.*
- 30.. Je remercie J.-F. Bert de m'avoir transmis ses notes du tapuscrit d'une conférence de Michel Foucault prononcée en 1981 à l'université catholique de Louvain « Mal faire, dire vrai : la fonction de l'aveu » (Imec).
- 31.. Sur la notion d'étiquetage, voir Howard BECKER, *Outsiders*, Paris, Métailié, 1985.
- 32.. Voir Virginie VINEL, « La ménopause : incertitudes et instabilité des pratiques et des affects (France) » in Françoise HÉRITIER, Margarita XANTHAKOU, *Corps et affects*, Paris, Odile Jacob, à paraître, 2004.
- 33.. Connue aussi sous le nom : Collectif des femmes de Boston pour la santé.
- 34.. Site internet de *Our Bodies Ourselves*, avril 2004.
- 35.. Boston Women's Health Book Collective, *Our Bodies Ourselves For The New Century*, 2000.
- 36.. D'autres féministes ont pris position contre le traitement hormonal : Greer, Dickson, Mac Pherson (voir KERISIT, PENNEC, *op. cit.*).
- 37.. « La politique de la santé au XVIII^e siècle », *op. cit.*
- 38.. Cf. Virginie VINEL, « La ménopause : incertitudes des pratiques et des affects », *op. cit.*
- 39.. Antoine POROT, « Andropause », *Manuel alphabétique de psychiatrie*, Paris, PUF, 1960, p. 41-42.
- 40.. Les anglo-saxons, notamment les canadiens, sont moins frileux à la fois dans les recherches et la vulgarisation.
- 41.. OMS, *Men, Ageing and Health*, 2004.
- 42.. Ces discours sont extraits des documents diffusés par trois sites Internet. Le premier est un site de la Province de Liège et de l'Université libre de Liège : andropause.prov-liege.be ; puis celui d'un site canadien financé en partie par l'état canadien : servicevie.com ; et du laboratoire Organon : andropause.ca/fr
- 43.. Servicevie.com, p. 1.
- 44.. *Ibid.*
- 45.. Jean BELAÏSCH et Anne de KERVASDOUÉ (*Questions d'hommes*, Paris, Odile Jacob, 1996) affirment que l'andropause ne touche que 5 à 10 % des hommes, alors que Georges DEBLED (*Au-delà de cette limite votre ticket est toujours valable*, Paris, Albin Michel, 1992) pense que tous les hommes sont concernés.

RÉSUMÉS

L'auteur propose une lecture du traitement social actuel de la ménopause et de l'andropause à partir de l'idée de « dispositif de sexualité », développée par Michel Foucault dans le tome I de *l'Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*. La ménopause est l'objet d'une médicalisation ancienne qui place le corps féminin vieillissant dans un dispositif de contrôle institutionnel, mais aussi dans un faisceau de discours, aujourd'hui multi-directionnel. L'andropause, d'invention plus récente, commence depuis peu à être médiatisée. Pour l'une comme pour l'autre, le discours médical et de vulgarisation accorde aux changements hormonaux un pouvoir de transformation globale de l'être, caractéristique du dispositif de sexualité. Les femmes en période de ménopause – interviewées dans une enquête ethnologique – sont prises dans un réseau de dépendance, mais elles restent actrices du sens qu'elles donnent à leurs soins. Des résistances se maintiennent, également, quant à la médicalisation du corps masculin.

The author offers an analysis of nowadays treatment of menopause and andropause after Michel Foucault's idea of "sexuality construction" in his book one of *The History of Sexuality, The Will to Knowledge*. Menopause has long been treated by putting the ageing female body in an institutional control system together with a range of discourse nowadays multidirectional. Andropause, a newer invention, is more and more in the spotlights. For both, the medical and popularisation discourse grant the hormonal changes a power of global transformation of human beings, a characteristic aspect of the sexuality construction. Menopausal women – in an ethnologic research interview – are engulfed in an array of dependencies though they remain the main actresses of the meaning they give their treatment. There are some oppositions too towards the male body medicalization.