

## Article

---

« Culture politique et vécu du vieillissement des femmes au Japon et en Amérique »

Margaret Lock

*Sociologie et sociétés*, vol. 28, n° 2, 1996, p. 119-140.

Pour citer cet article, utiliser l'adresse suivante :

<http://id.erudit.org/iderudit/001451ar>

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [erudit@umontreal.ca](mailto:erudit@umontreal.ca)

## Culture politique et vécu du vieillissement des femmes au Japon et en Amérique\*



MARGARET LOCK  
Traduction : S. Mineau

---

La relation entre ce que nous voyons et ce que nous savons n'est jamais définitive.

John Berger, *Ways of Seeing* (1972).

Depuis le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, les médecins d'Europe et d'Amérique considèrent de plus en plus les transitions du cycle de vie des femmes comme une série d'événements qu'il appartient à la médecine de gérer. Même si le passage à travers le cycle de vie est un processus à la fois social et biologique, les milieux médicaux continuent de s'intéresser qu'au seul corps, si bien que le vécu subjectif de l'âge mûr et l'évolution des relations humaines qui s'y rattachent comptent pour bien peu dans le discours médical.

Les femmes ne sont évidemment pas demeurées passives et ne se sont pas contentées d'être de simples consommatrices consentantes de chaque nouvelle technologie médicale. Bien au contraire, le corps féminin a fait l'objet de débats toujours plus vifs, tant à propos de sa représentation que des actes médicaux auxquels il donne lieu. Cependant, ces contestations ne représentent pas uniquement des réactions face à l'impérialisme d'un certain « regard » médical (pour emprunter l'expression de Michel Foucault), et elles ne résultent pas non plus entièrement de l'invention de nouvelles techniques et du désir d'accroître au maximum leur utilisation (Fuchs, 1974). Parce qu'il est un signifiant puissant mais malléable, le corps féminin constitue inévitablement un forum pour délimiter les relations entre les sexes et entre les rôles féminins-masculins, particulièrement à ce moment de l'histoire où l'on se demande dans quelle mesure il faut accorder aux femmes l'équité dans la vie sociale (de fait et non seulement de nom) ainsi que l'autonomie sur leur propre corps. La médicalisation du corps féminin ne résulte donc pas uniquement de l'évolution des connaissances et des pratiques médicales, mais elle est également la manifestation de puissants conflits politiques toujours irrésolus et partiellement camouflés et qui contribuent à la façon de « voir » et d'interpréter le corps féminin.

Selon Donna Haraway, à la fin du XX<sup>e</sup> siècle, « un corps naturel universel demeure la norme par excellence du discours social dominant » (1989, p. 355). Toutefois, il y a un danger à accepter cette norme, à laisser le corps universel intact ; on risque d'admettre sans examen

---

\* Cet article se fonde sur des recherches financées par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.

l'une des idées les plus tenaces du savoir biomédical. En analysant certains discours actuels sur le vieillissement des femmes en Amérique du Nord et au Japon, notamment ceux qui portent sur l'arrêt des règles, je me propose de montrer la façon différente dont cette étape du cycle de vie des femmes est perçue dans les deux cultures, saturées toutes deux de connaissances et de pratiques scientifiques. Une telle comparaison montre aussitôt à quel point la culture pénètre le discours scientifique, ce qui ne devrait surprendre personne. Toutefois, je veux également montrer, à la suite de recherches empiriques au Japon, que même si le discours de chaque culture est profondément marqué par des croyances acceptées d'emblée au sujet du vieillissement du corps féminin et de sa fonction dans la société, il est également en partie la résultante de ce que j'appellerai la « biologie locale ». En d'autres mots, l'expérience subjective intimement associée à la transformation physique du corps, à l'arrêt des menstruations semble être très différente au Japon et en Amérique du Nord, et elle a une influence profonde sur l'élaboration de chaque discours.

Mon intention est donc de résumer le savoir local en Amérique du Nord et au Japon. Par contre, se contenter d'interprétations contextuelles relativisées, c'est s'arrêter prématurément, puisque, en bout de course, la réalité du vieillissement et de l'approche de la mort colore inévitablement les récits au sujet de la ménopause, où qu'ils se situent dans l'espace et le temps. Bien qu'il soit impossible d'en tirer un métarécit, le vieillissement humain ne se résume pas à ce qu'en laissent entrevoir les données cliniques et épidémiologiques et les documents administratifs. À notre époque, l'idéologie dominante en Amérique du Nord porte presque exclusivement sur ce qui se veut une description exacte de la chimie du vieillissement et les problèmes de santé futurs qui en découlent. Le « fait » de la ménopause devient une synecdoque pour toutes les femmes d'âge mûr, si différentes soient-elles ; le regard ne se porte pas sur elles mais sur leurs taux d'oestrogènes, leurs bouffées de chaleur et leurs éventuelles crises cardiaques. Les anthropologues médicaux se plaisent à montrer la place qu'occupe le corps dans l'histoire et la culture, mais il importe d'ajouter à ce tableau le vécu de l'âge mûr sous ses multiples facettes et de chercher davantage ce qui, dans le vieillissement, est commun à toutes les femmes, à tous les êtres en fait ; alors seulement pourra-t-on proposer de nouvelles manières de « voir » qui tiennent compte du savoir scientifique local tout en le transcendant.

#### LE VIEILLISSEMENT DE LA FEMME JUGÉ ANORMAL, CONTRAIRE À LA NATURE

Actuellement, dans les contrées soi-disant développées du globe, le « grisonnement » de la société est un sujet qui ne cesse d'intéresser les hommes politiques et les bureaucrates, d'autant que les *baby-boomers* sont aujourd'hui dans la quarantaine avancée et s'approchent de l'« automne » de la vie. En Amérique du Nord et au Japon, cependant, on ne conçoit pas le « problème » de la même façon, et les femmes d'âge mûr qui sont, dans ces pays, les personnages principaux de ce drame se voient conférer des rôles dont les trajectoires sont remarquablement différentes.

En Amérique du Nord, le discours actuel sur les femmes d'âge mûr se concentre de façon presque obsessionnelle sur la ménopause ; de plus, la littérature médicale traite massivement, sauf de rares exceptions, de pathologie et de décrépitude.

Une détérioration physique progressive des femmes ménopausées a été scientifiquement prouvée. Son évolution est subtile et souvent difficile à diagnostiquer, surtout dans les premiers stades [...] il est maintenant reconnu que la déficience ovarienne est la cause de ces manifestations. (Jern, 1973, p. XIII.)

Ainsi, l'arrêt des règles est décrit comme une « défaillance des ovaires » (Haspels et van Keep, 1979, p. 59) ou comme « la démission inévitable » des « follicules ovariens » (London et Hammond, 1986, p. 906). Étant donné que l'« atrésie folliculaire » (la perte graduelle de deux millions de follicules ovariens primordiaux) commence vers le cinquième mois de la vie du fœtus et se poursuit jusqu'à l'arrêt des règles, autant dire que les femmes sont sur le chemin

de la déchéance avant même d'être nées. Il y a d'autres façons, beaucoup plus positives, d'interpréter ces changements biologiques, comme l'a proposé au moins un manuel de gynécologie (Wentz, 1988), mais le discours dominant parle de perte, de défaillance et de décrépitude (voir aussi Martin, 1987).

Pourquoi insiste-t-on tant sur la décrépitude des femmes, alors que le vieillissement est à l'évidence un processus « naturel » inévitable commun aux hommes comme aux femmes ? Dans un article récent de *Vanity Fair*, Gail Sheehy nous laisse entrevoir une explication. « Au tournant du siècle, déclare-t-elle sans sourciller, une femme pouvait espérer vivre jusqu'à 47 ou 48 ans » (1991, p. 227). Cette idée est largement répandue non seulement dans la littérature populaire, mais aussi dans les articles scientifiques. Par exemple, dans un texte destiné à des biologistes, Gosden dit explicitement que l'existence même de femmes ménopausées est une sorte d'artefact découlant de notre « maîtrise récente de l'environnement » (1985, p. 2). Il poursuit :

Plusieurs faits montrent que les femmes ne sont pas physiologiquement bien adaptées à la post-ménopause [...]

La ménopause humaine est probablement une nouveauté, même si son potentiel existait depuis longtemps, puisque les cellules reproductrices épuisent constamment le stock non renouvelable dont elles proviennent. (Gosden, 1985, p. 2.)

Une autre opinion souvent exprimée, à savoir que la femelle humaine est le seul membre de la classe des mammifères qui vive au-delà de la ménopause, et ainsi décrite dans un manuel de gynécologie :

Chez la femelle humaine, l'arrêt des menstruations ou la ménopause, est [...] un phénomène relativement unique [*sic*] dans le royaume animal. Ayant une longévité de plus en plus grande, la femme moderne diffère de ses ancêtres ainsi que des autres espèces puisqu'elle peut espérer vivre de 20 à 30 ans [...] après la ménopause. (Dewhurst, 1981, p. 592.)

Il ressort de telles affirmations qu'au rebours de ce qu'avait voulu la Nature, on assiste de plus en plus fréquemment, depuis un siècle à l'apparition dans la société de femmes de plus de cinquante ans. Il s'agit là d'une image véritablement insidieuse et sinistre qui s'appuie sur une hypothèse pernicieuse et erronée : jusqu'au tournant du siècle, les femmes mouraient avant la ménopause. L'idée que la post-ménopause est contre la nature se greffe à cette image qui est renforcée par une description médicale d'organes reproducteurs « sénescents » et privés d'oestrogènes (l'essence de la « féminité »).

Une théorie à peine déguisée semble sous-tendre à tous ces raisonnements : la vie féminine n'a d'autre raison d'être que la reproduction de l'espèce, et les sociétés « avancées » comptent de plus en plus d'anomalies vivantes : des femmes qui ne peuvent plus se reproduire. On compare défavorablement les femmes d'âge mûr aux femelles du monde animal et aux femmes jeunes et fertiles. Mais ce qui est peut-être encore plus significatif, c'est qu'elles diffèrent des mâles de leur espèce. Parlant de l'Europe et de l'Amérique du Nord du XIX<sup>e</sup> siècle, Haraway déclare que « le corps universel "neutre" a toujours été un corps masculin indifférencié » (1989, p. 357). Simone de Beauvoir a sans doute été la première féministe à analyser en profondeur la façon dont les femmes ont été construites comme « autres » et, dans la littérature actuelle sur le vieillissement, nous en retrouvons un exemple frappant ; en effet, selon la croyance populaire, les hommes ont le potentiel « naturel » de se reproduire avec succès jusqu'au jour de leur mort. La littérature médicale fait parfois allusion à ce potentiel (Wilson et Wilson, 1963), mais d'une manière générale, les analyses ne nous éclairent guère sur les hommes ; on se contente de nous dire que les femmes mouraient autrefois à l'âge mûr, mais qu'elles vivent aujourd'hui en moyenne près de trente ans au-delà de la durée de leur période « naturelle » de reproduction.

On omet adroitement de rappeler que la sénescence affecte la capacité de reproduction des hommes, puisque l'atrophie des testicules avec l'âge entraîne un ralentissement de la spermatogénèse, d'où une baisse de la motilité des spermatozoïdes et une production accrue

de spermatozoïdes défectueux (Asso, 1983) ; on ne dit pas non plus que, selon certaines recherches, l'impuissance augmente avec l'âge, si bien qu'à 60 ans, plus de 70 pour cent des hommes sont impuissants et qu'à 80 ans, ce pourcentage atteint presque 100 pour cent (Vermeulen et autres, 1982). De plus, on souligne rarement le fait que les hommes vivent en moyenne moins longtemps que les femmes. On n'avance aucune hypothèse pour expliquer ce fait et, au lieu de suggérer que les femmes jouiraient donc d'un avantage « naturel », on retourne leur longévité contre elles en les considérant comme un fardeau pour la société dans les dernières années de leur vie.

Dans la littérature médicale sur la ménopause, il est courant d'amorcer ce sujet dans des termes qui montrent bien dans quelle perspective il faut considérer la surabondance de femmes âgées :

Aux États-Unis, plus de 30 millions de femmes ont plus de 50 ans, et leur espérance de vie moyenne est de 81 ans. Par conséquent, une Américaine peut s'attendre à vivre plus du tiers de sa vie en état de post-ménopause. (Notelovitz, 1989.)

En Amérique du Nord, on estime que 3 500 femmes amorcent chaque jour leur ménopause, et qu'à la fin du siècle, 49 millions de femmes seront ménopausées. (Reid, 1988, p. 25.)

Dans une revue destinée aux médecins de famille, un article traite explicitement du « coût » pour la société que représentent ces vieilles décrépites en puissance :

Une conséquence indésirable de cette hausse de la longévité est l'ostéoporose qui se développe éventuellement chez presque toutes les Caucasiennes non traitées après leur 80<sup>e</sup> année. Aux États-Unis seulement, le coût direct des fractures dues à l'ostéoporose se situe entre sept et dix milliards de dollars chaque année, et la population des femmes ménopausées ne cesse de croître. (Lufkin et autres, 1989, p. 205.)

Comme le montre clairement cette dernière citation, l'inquiétude que suscitent ces chiffres n'est pas reliée à la santé même des femmes, mais plutôt au coût de leur vieillissement pour la société. Par contre, cette inquiétude pour le bien-être de la société n'est, dans beaucoup de cas, qu'un déguisement maladroit du profit potentiel que peut représenter pour certains intérêts le prétexte de garder les femmes en santé.

## LA PATHOLOGIE DU VIEILLISSEMENT

Depuis l'Antiquité, on croit que les organes féminins ont des effets profonds sur de nombreuses parties du corps de la femme, et même si les explications au sujet de ces effets ont varié au fil des siècles, il s'agit d'une affirmation qu'ont amplement démontrée les scientifiques et que personne ne met plus en doute. Dans le langage médical actuel, on décrit les organes et les tissus « cibles » ainsi que leur réaction négative à « la déficience ovarienne », ce qui comprend les organes pelviens (vulve, vagin et utérus), les seins, la peau et les os. Le cœur et le système cardiovasculaire sont également touchés, mais indirectement, de même que l'état mental (même si cette dernière question demeure contestée dans les cercles médicaux et les départements de sciences humaines). L'intérêt de la médecine pour la déficience des ovaires et la baisse des taux d'œstrogènes ne se limite plus, par conséquent, à ce qui ne représente, pour la plupart des médecins du moins, que des symptômes plutôt anodins associés couramment à la ménopause, notamment les bouffées de chaleur. L'intérêt pour les femmes ménopausées s'étend maintenant aux trente dernières années de leur cycle de vie et à la « gestion » constante de cette période pour qu'elles ne deviennent pas un fardeau économique en raison de leurs os fracturés et de leur cœur malade.

Dans la littérature médicale récente sur la sénescence du corps, qui insiste sur les conséquences négatives que peut entraîner à long terme la ménopause, il apparaît clairement que la femme ne représente pas seulement « l'autre » face à un groupe indifférencié de mâles blancs, mais qu'elle est doublement marquée en tant qu'« autre » face à des femmes « normales » plus jeunes et en âge de se reproduire. Par exemple, l'Organisation mondiale de la santé a défini

l'ostéoporose comme un état dans lequel « le rapport entre la masse et le volume des os » est inférieur d'un nombre  $x$  à celui de « jeunes adultes en santé de même sexe » (OMS, Groupe scientifique, 1981, p. 42 ; c'est nous qui soulignons). La chimie du corps avant l'âge mûr est considérée comme la mesure standard de ce qui est « normal », et le vieillissement est automatiquement perçu comme pathologique : « Lorsque le rapport masse/volume de l'os est inférieur au rapport normal chez un être jeune, mais se situe à l'intérieur d'une fourchette normale étant donné l'âge et le sexe du sujet, il faut utiliser l'expression "ostéoporose simple" ». (*Ibid.*) L'article recommande de parler d'« ostéoporose accélérée » pour les personnes âgées qui se situent à l'extérieur de la fourchette « normalement » anormale.

### MESURES PROPHYLACTIQUES

Il existe des œstrogènes de synthèse sur le marché depuis le début des années 1930 ; dans les années 1970, ils figuraient parmi les cinq médicaments les plus souvent prescrits aux États-Unis. En 1973, on estimait que 51 pour cent des femmes avaient pris des œstrogènes pendant au moins trois mois et que la durée médiane d'utilisation était de dix ans (Kaufert et McKinlay, 1985). Jusqu'au milieu des années 1970, les estrogènes étaient surtout prescrits pour diminuer les bouffées de chaleur et les autres soi-disant troubles vasomoteurs associés à l'arrêt des règles. Il y eut une baisse prononcée et soudaine des ordonnances d'œstrogènes après 1975, à la suite de la publication dans de grandes revues médicales de quatre études qui reliaient le traitement de substitution des œstrogènes à un risque accru du cancer de l'endomètre. On assiste depuis à un long débat très complexe sur la meilleure façon de « protéger » les femmes contre les effets de la baisse des œstrogènes dans un corps ménopausé (Kaufert et McKinlay, 1985). Les auteurs de ces articles semblent partager l'hypothèse voulant que le corps féminin soit incapable d'atteindre une espérance de vie moyenne dans un état de santé raisonnable s'il n'est régulièrement soutenu par des hormones :

Nombreux sont les cliniciens qui croient que la ménopause est un fait physiologique, un processus normal de vieillissement et que, par conséquent, le traitement de substitution des œstrogènes est inapproprié et inutile. La presbytie est un processus normal de vieillissement, mais personne ne nie qu'il faille porter des lunettes. Ne rien faire d'autre qu'offrir de la sympathie et qu'affirmer que la ménopause passera équivaut à un acte de négligence bénigne. (Greenblatt et Teran, 1987, p. 39.)

Il semble que beaucoup de médecins soient de l'avis de ces auteurs puisque, dans les années 1980, le recours au traitement substitutif a augmenté au point de redevenir l'un des médicaments les plus souvent prescrits. Toutefois, on reconnaît aujourd'hui qu'il faut ajouter au traitement une seconde hormone, la progestérone, afin de contrer les effets toxiques d'œstrogènes « sans opposition ». Au lieu de se contenter de prescrire des œstrogènes, les médecins doivent maintenant peser les « risques » et « avantages » individuels, choisir la thérapie hormonale appropriée et assurer ensuite le suivi de leurs patientes.

### LE CALCUL DES « RISQUES » ET DES « AVANTAGES »

Aujourd'hui, ce ne sont pas seulement les gynécologues qui poursuivent le débat sur la ménopause dans les publications médicales et les congrès, mais également les cardiologues, les chirurgiens orthopédistes, les gériatres, les chirurgiens du sein et surtout les épidémiologistes. Les articles de ces derniers portent des titres révélateurs : « *Risques et avantages d'un traitement à long terme aux œstrogènes* », « *Recours à un traitement hormonal et risque de thrombose et d'infarctus du myocarde chez les femmes* », « *Risque d'un cancer de l'endomètre localisé ou généralisé par rapport à l'utilisation récente et interrompue d'œstrogènes* ». Un article récent s'ouvre sur la déclaration suivante : « L'objectif de la substitution hormonale est de réduire au minimum les risques prévisibles au cours d'une vie ; son succès dépend donc d'évaluations quantitatives de la qualité nette de la vie, de la morbidité nette et de la mortalité nette. » (Mack et

Ross, 1989.) Ces deux chercheurs ont procédé à une méta-analyse de diverses études épidémiologiques, et après avoir additionné les risques et avantages possibles de divers traitements substitutifs, ils se demandent avec emphase s'il existe « un seul type de stratégie thérapeutique qui entraînera des avantages précieux tout en étant sans danger ? Probablement pas », concluent-ils. Ni l'élimination des femmes à risque élevé, ni la préférence accordée à celles qui sont les plus susceptibles de retirer des avantages du traitement, ni le fait de réserver le traitement aux femmes qui n'ont plus d'utérus ou de ne recourir qu'à un traitement à court terme « n'apportera d'avantages majeurs sans risque ».

À la lumière de ces constatations, les chercheurs concluent que la solution « la plus prudente » en ce moment est peut-être de n'utiliser que des œstrogènes et non de la progestérone. (Cette suggestion tranche avec la déclaration d'autres médecins selon qui il faut *toujours* utiliser un traitement combiné, Nachtigall, 1990). Mack et Ross rappellent aux lecteurs que les femmes de plus de cinquante ans ayant leur utérus (seulement les deux tiers des Américaines !) seront « manifestement » les plus exposées au cancer, et que celles-ci devront subir des examens de routine et des biopsies de l'endomètre (douloureuses et invasives), ce qui entraînera pour « un grand nombre » d'entre elles des « curetages inutiles » parfois sous anesthésie générale (Mack et Ross, 1989, p. 1818). Les auteurs reprennent à la fin un souhait souvent exprimé au terme d'articles sur les risques et avantages du traitement :

Quoi qu'il en soit, une démarche prudente consiste peut-être à assumer le rôle de fiduciaire médical (celui à qui l'on confie les biens ou les pouvoirs d'une autre personne au bénéfice de cette dernière) plutôt que le rôle de décideur, à insister pour que la patiente participe pleinement au choix du traitement et à s'assurer que, quel que soit ce choix, elle reconnaisse explicitement qu'il comporte une certaine mesure d'incertitude. Le médecin et sa patiente doivent tous deux surveiller avant tout les saignements inexplicables et les kystes du sein, et reconnaître la nécessité d'un suivi médical et d'examen dans ce dernier cas. (Mack et Ross, 1989, p. 1818.)

D'autres chercheurs ont démontré que, même du seul point de vue économique, les avantages d'un traitement substitutif sont au mieux incertains. Weinstein et Tosteson se sont demandé, par exemple, si la technologie de la thérapeutique hormonale, compte tenu de la surveillance médicale nécessaire, constitue un investissement prudent des ressources en soins de santé. Leur article débute par le refrain habituel : « En 2005, le nombre d'Américaines âgées de 50 à 64 ans dépassera les 25 millions. » Ils poursuivent en signalant que la facture nationale pour le traitement hormonal et le suivi médical de ces femmes pourrait se situer annuellement entre 3,5 et 5 milliards de dollars. Après une analyse complexe des coûts et avantages, ils en viennent à la conclusion que tout avantage possible du traitement doit être considéré comme « hautement incertain », du point de vue du coût pour la société comme des risques pour chaque patiente (Weinstein et Tosteson, 1990, p. 171).

## RÉACTION DES FEMMES POUR CONTRER L'HÉGÉMONIE

Les femmes ne sont pas restées silencieuses pendant ce débat. Le National Women's Health Network de Washinton (D.C.) a publié un article intitulé « Taking Hormones and Women's Health » (1989) qui passe lui aussi en revue une bonne partie des articles sur la ménopause et sur le traitement hormonal. Après s'être déclaré en désaccord avec l'opinion exprimée dans la majorité de ces articles, à savoir qu'une ménopause normale est une maladie due à une déficience, le Réseau relève plusieurs affirmations et hypothèses gratuites exprimées dans presque tous les articles analysés.

Ainsi, les chercheurs négligent généralement de dire que l'ovaire lui-même continue de sécréter des hormones « longtemps après la ménopause » (bien qu'à un niveau moindre) et que d'autres sites corporels (les glandes sécrétant de l'adrénaline et les tissus adipeux) produisent eux aussi des œstrogènes. Le Réseau souligne, comme l'ont fait Mack et Ross, qu'on n'a pas utilisé la progestérone assez longtemps pour savoir quels en étaient les risques ou les

avantages ou pour comprendre son interaction avec les œstrogènes auxquels elle est combinée. De plus, même s'il continue de fabriquer des œstrogènes après la ménopause, le corps fabrique alors très peu de progestérone (Korenman, 1982) ; il pourrait donc y avoir à cela des raisons biologiques encore inconnues. Le Réseau rappelle que la pilule anticonceptionnelle utilisée dans les années 1970 (et qui contenait de la progestérone) a été associée à un risque accru de thromboses et de crises cardiaques. En outre, l'enquête sans cesse invoquée pour démontrer la baisse du risque de maladies coronariennes, a fait appel et continue de faire appel à des sujets qui prennent pour la plupart uniquement des œstrogènes. Aujourd'hui, la plupart des femmes sont d'abord traitées par des hormones combinées ; par conséquent, rien pour le moment ne permet de faire des prévisions à long terme pour les générations féminines actuelles et futures.

Le Réseau souligne aussi qu'il existe des formes de prévention moins coûteuses, plus sûres et « plus naturelles » contre les maladies du cœur, l'ostéoporose et le cancer, telles des modifications de l'alimentation, l'habitude de ne pas fumer et de ne pas boire avec excès, la prévention des chutes, etc. ; ces sujets sont rarement abordés dans les études parce que, selon le Réseau, la plupart sont financées par des entreprises pharmaceutiques. Il s'agit sûrement là d'un argument important, puisqu'il est prouvé qu'une modification de l'alimentation a réduit de façon significative le nombre de maladies coronariennes chez les hommes.

Le Réseau fait remarquer que les femmes âgées qui subissent des fractures ne souffrent pas toutes d'ostéoporose et que celles qui souffrent d'ostéoporose ne subissent pas toutes des fractures, deux faits qui sont souvent confondus dans les études épidémiologiques. De plus, il n'existe pas de liens simples entre les taux d'œstrogènes, la densité minérale des os et l'apparition de l'ostéoporose (Cummings, 1985), et l'on dispose pas de données sur les effets sur l'ossature du traitement hormonal combiné.

Le Réseau poursuit en mettant en lumière un fait qu'aucun chercheur n'a fait valoir ou pris en compte dans les articles analysés, semble-t-il, à savoir que bien des femmes qui suivent aujourd'hui un traitement hormonal ont été exposées plus jeunes à de fortes doses de pilules anticonceptionnelles et ont reçu aussi parfois pendant la grossesse du diethylstilbestrol (DES) carcinogène. La prochaine génération de consommatrices d'hormones aura été exposée à des doses moindres, mais à un plus jeune âge. Le Réseau soutient aussi qu'il a fallu une vingtaine d'années avant qu'on ne relie avec certitude certains cas de cancer au DES, ce qui devrait inciter à une grande prudence face au traitement hormonal. (Dans le passé, on a contré cet argument en faisant valoir que c'était le tissu foetal qui développait un cancer et non les femmes enceintes qui prenaient le médicament, de sorte qu'on pouvait présumer que des femmes âgées n'avaient rien à craindre, Greenblatt, 1972.)

Enfin, le Réseau note qu'on ne révèle généralement pas aux femmes les effets secondaires probables d'une thérapie hormonale, plus particulièrement la réapparition habituelle des bouffées de chaleur au moment de l'arrêt du traitement et, dans le cas d'un traitement combiné, l'apparition de saignements que l'on qualifie par euphémisme d'« hémorragies de privation », lesquelles non seulement provoquent de l'anxiété, mais nécessitent une surveillance rigoureuse et souvent des actes médicaux douloureux pour établir leur cause. De plus, les patientes traitées traversent souvent des moments de dépression et éprouvent des gonflements et de la sensibilité dans les seins ainsi que des maux de tête. En raison de ces effets secondaires, elles tendent à interrompre le traitement après l'avoir commencé, et beaucoup ne renouvellent pas leur ordonnance ou ne prennent pas régulièrement leurs médicaments ; comme il est presque impossible d'exercer un suivi minutieux, ces comportements influent sur les résultats des études épidémiologiques.

Après avoir passé la littérature en revue, le Réseau conclut qu'on ne peut que décrier une pratique en matière de santé publique qui consiste à « tenter de prévenir un état chronique en utilisant des médicaments sans savoir s'ils sont sans danger et efficaces » ; on « induit dangereusement le public en erreur », ajoute-t-il, en laissant entendre que la femme d'âge mur « type » sera en meilleure santé si elle prend des médicaments dont on ne connaît pas les risques ; en réalité, on incite les femmes à participer à « une expérience risquée et non contrôlée

sans qu'elles puissent donner leur consentement en toute connaissance de cause » (National Women's Health Network, 1989, p. 3).

Une autre critique qui a échappé au Réseau concerne la recherche épidémiologique sur le traitement substitutif ; en effet, presque toutes les enquêtes ont porté sur des Caucasiennes de la classe moyenne, notamment celles qui recherchent activement des soins médicaux (Kaufert, 1988). De là, on a extrapolé pour englober toutes les femmes d'âge mûr alors qu'on sait pertinemment que chez les Caucasiennes et les femmes noires ou asiatiques, l'incidence des cas d'ostéoporose, de maladies coronariennes et de cancers du sein, par exemple, varie sensiblement. Pour compliquer encore plus les choses, certaines données semblent indiquer que le cancer du sein n'est pas la même maladie chez les jeunes femmes que chez les femmes âgées de même que les causes, les symptômes et le déroulement des maladies coronariennes ne sont pas les mêmes chez les hommes et les femmes ou chez les personnes jeunes et âgées.

Le Réseau n'a pas non plus analysé le coût cumulatif des médicaments et des examens gynécologiques périodiques. Étant donné que les spécialistes recommandent fortement que presque toutes les femmes reçoivent une médication et soient suivies pendant au moins vingt ans après l'arrêt de leurs règles afin de rester en santé, il est étrange que personne n'ait remarqué qu'aux États-Unis, plus de la moitié de la population féminine d'âge mûr ne pouvait absolument pas s'offrir de tels soins. Cependant, il semble que ces femmes auront de la chance, puisqu'elles ne seront pas tenues de jongler avec des chiffres étourdissants — probabilités, calculs de régression ou analyses des risques et avantages — puis de corriger et de réévaluer ces données, chose que la population caucasienne de la classe moyenne devra faire afin de prendre une « décision éclairée », en collaboration évidemment avec des médecins suffisamment avertis.

Comment chaque femme *peut-elle* trancher, les risques et avantages d'un cancer du sein et une éventuelle fracture de la hanche à l'âge de 75 ans ? Entre, des biopsies de l'endomètre et des saignements de privation éventuels pendant des années, et une douteuse protection contre les maladies de cœur ? Comment une personne peut-elle déterminer si un traitement substitutif aux seuls œstrogènes est supérieur ou inférieur à un traitement hormonal combiné, quand les spécialistes eux-mêmes ne s'entendent pas là-dessus ? (Car les recherches effectuées en Europe et en Amérique du Nord portent sur des doses et des combinaisons de médicaments toujours différentes.) En dépit de ce fouillis, on insiste de plus en plus pour que chaque femme agisse de façon responsable, qu'elle évalue les risques et avantages propres à son corps, puis qu'elle opte de préférence pour une thérapie hormonale.

#### DES INTÉRÊTS CONCURRENTIELS ET CUMULATIFS : MÉDECINS, ENTREPRISES PHARMACEUTIQUES ET ADMINISTRATIONS

Le débat au sujet de l'utilisation prolongée du traitement substitutif, qui s'enflamme avec le vieillissement de la population, n'est pas étranger aux relations intimes qui existent entre la profession médicale et les grandes sociétés pharmaceutiques fabriquant des œstrogènes et de la progestérone. L'inquiétude que suscite chez les administrations le « fardeau » économique de la population féminine âgée est également manifeste. Toutefois, les entreprises pharmaceutiques et les administrations ont fait de la femme ménopausée une cible servant leurs intérêts bien des années après la création de la profession médicale (qui est apparue d'abord en Europe au milieu du siècle dernier ; Lock, 1993).

Au début de ce siècle, trois partenaires intéressés — gynécologues, chercheurs en laboratoire et entreprises pharmaceutiques — ont soutenu une petite industrie de traitements substitutifs ; il s'agissait de moudre des ovaires et de les injecter à des femmes qui avaient une ménopause précoce, habituellement à la suite d'une opération (Oudshoorn, 1990). Cependant, ce traitement s'inscrivait dans un bien plus vaste projet de recherche qui consistait à injecter à des hommes d'âge mûr des testicules broyées dans le cadre d'une cure de rajeunissement. L'industrie pharmaceutique ne s'est guère intéressée à la médicalisation de la ménopause avant les années 1940, au moment de la découverte des œstrogènes de synthèse (Bell, 1987). Vers la fin des années 1930, un ou deux gynécologues avaient comparé la ménopause à une maladie

due à une déficience, notamment au diabète et à l'hypothyroïdie (Shorr, 1940), mais en dépit de l'existence de médicaments spécifiques pour contrer cette soi-disant déficience d'œstrogènes, très peu de gynécologues se sont ralliés à cette école de pensée avant une époque toute récente. La plupart des médecins clamaient au contraire que la ménopause était un événement normal et ils s'opposaient énergiquement, surtout par crainte des effets iatrogènes, à l'utilisation d'œstrogènes, sauf dans des circonstances bien particulières (Bell, 1987). Par conséquent, avant le milieu des années 1960, un petit nombre de femmes seulement — ayant connu pour la plupart une ménopause prématurée à la suite d'une opération ou pour d'autres raisons — étaient traitées régulièrement aux œstrogènes.

Au début du siècle, il était reconnu que les maladies coronariennes étaient l'une des principales causes de mortalité dans la société post-industrielle et que les hommes y étaient davantage exposés. On a consacré des sommes importantes à des recherches cliniques et épidémiologiques sur les maladies du cœur, la plupart portant sur des sujets masculins. Presque après coup, encore une fois, on a remarqué que les jeunes femmes qui avaient subi une ablation des ovaires semblaient présenter un risque accru de maladies coronariennes, et on a donc émis l'hypothèse que les œstrogènes constituaient peut-être un facteur de protection. À la suite de cette observation, on a effectué des expériences qui consistaient à administrer à des hommes un traitement aux œstrogènes dans le cadre d'essais cliniques, mais on a enregistré chez ces sujets un nombre élevé et « inattendu » de crises cardiaques entraînant « souvent » la mort (Furman, 1971, p. 47). On a vite abandonné ces expériences, mais l'idée qu'un traitement aux œstrogènes pouvait servir de mesure prophylactique contre les maladies coronariennes a persisté. Il ne fallait plus que trouver la bonne population cible et, de toute évidence, il ne pouvait pas s'agir d'hommes !

Une prise de conscience du vieillissement de la population — alliée à la certitude accrue que l'incidence des maladies coronariennes chez les femmes au cours de leur vie ne dépassait pas celle des hommes, mais augmentait cependant après la ménopause — a fourni l'élan nécessaire pour faire de la femme d'âge mûr un sujet thérapeutique. Le fait largement reconnu qu'il existait un lien entre une baisse des œstrogènes et un risque accru d'ostéoporose est venu renforcer cet élan. Par conséquent, une vaste industrie, élaborée pendant plus de vingt ans, s'est concentrée sur un traitement hormonal dans le cadre de mesures prophylactiques, même si ce traitement demeure contesté dans les milieux médicaux ainsi que par de nombreux groupes féministes et d'autres femmes (Kaufert et McKinlay, 1985). L'industrie ne brandit pas comme naguère les études des gynécologues, mais celles des épidémiologistes cliniciens et des cardiologues ainsi que des recherches financées en grande partie par les entreprises pharmaceutiques participantes ; pendant ce temps, les médecins de famille, les généralistes et bien des gynécologues déconcertés restent en coulisses, se demandant comment mieux servir les intérêts de leurs patientes (Lock, 1993).

Aucune des parties en cause, qu'elle favorise ou non la thérapeutique hormonale, ne prend suffisamment de recul pour se demander pourquoi les hommes apparaissent si rarement dans le discours sur la décrépitude des personnes âgées ; un ou deux médecins — mais aucune féministe à ma connaissance — ont remis en question l'hypothèse voulant qu'un corps jeune serve de norme pour définir la normalité chez la femme d'âge mûr. Parallèlement, un très petit nombre de personnes — surtout des biologistes et des anthropologues (voir par exemple Weiss, 1981) — ont fait valoir que la présence de personnes âgées dans la société est loin d'être un phénomène récent (seule une culture dépourvue de connaissances historiques pouvait émettre une telle hypothèse). Quelques femmes, dont des médecins, ont tenté de montrer dans leurs écrits que des moyens de prévention « naturels » sont préférables à une médication prolongée à titre de mesure prophylactique. Cependant, la majorité des grands prêtres de la ménopause présument que la femme d'âge mûr est fondamentalement anormale ; elle est perçue, habituellement de façon inconsciente semble-t-il, comme Autre par rapport aux hommes, aux singes et aux jeunes femmes. Et la mystification ne s'arrête pas là, puisque presque tous les discours portent essentiellement sur un corps ménopausé réduit à son essence même, abstraction faite de toute différence de classe et d'ethnie, comme de toute différence individuelle

(Kaufert et Lock, 1992). Cette curiosité universelle que constitue le corps vieillissant, déficient et potentiellement coûteux d'une femme blanche de classe moyenne est devenue la cible d'un traitement médical, et toutes les femmes doivent évaluer leurs risques et avantages personnels par rapport à ce corps.

#### LE « GRISONNEMENT » DU JAPON

Au Japon également, le vieillissement de la population soulève bien des inquiétudes, dont la moindre n'est pas le déclin possible de l'économie nationale en raison du fardeau que les vieillards pourraient imposer demain à la société. Le « grisonnement » est particulièrement inquiétant parce que l'évolution démographique qui s'est produite en une centaine d'années en Europe et en Amérique du Nord n'a pris que vingt-cinq ans au Japon. Selon certaines estimations officielles, si la tendance actuelle se maintient, en 2025 les personnes de 65 ans et plus représenteront 24 pour cent de la population, et parmi ces personnes âgées, plus de 53 pour cent auront plus de 75 ans (Ogawa, 1988). En outre, plus de 2,25 millions de Japonais, dont 67,5 pour cent de femmes, souffriront de sénilité et plus de deux millions, dont 62 pour cent de femmes, seront grabataires. Dans le Japon moderne, ce sont les chiffres sur les vieillards séniles ou grabataires qui retiennent l'attention, et non le nombre de femmes ménopausées ; de plus, bien que les femmes soient spécifiquement mentionnées dans ces prévisions (ce qui n'est pas étonnant puisque la femme japonaise a la plus longue espérance de vie au monde), les hommes décrépits y figurent eux aussi.

Depuis le début des années 1970, au moment où cette question a commencé à attirer l'attention des décideurs politiques japonais, on n'a cessé de répéter qu'il était préférable de prendre soin des personnes âgées dans leur foyer et que les membres de la famille devaient être les premiers dispensateurs de soins (Kosei Hakusho, 1989). Les hommes politiques s'inquiètent de ce que le public « s'attend » de plus en plus à voir l'État jouer un rôle accru auprès de la population vieillissante, et ils ont adopté récemment plusieurs nouvelles politiques afin de renverser cette tendance, comme le laisse voir ce document sur la planification économique à long terme :

Le foyer des personnes âgées est extrêmement important pour la sécurité de leur retraite, pour leur santé et pour leur bien-être. Afin de tenter de créer l'environnement social idéal pour leur vie future, il sera nécessaire de bien localiser ce foyer [...] le rôle des personnes qui prendront soin des vieillards chez eux deviendra plus important [...]

Il sera également nécessaire de promouvoir une politique foncière destinée à encourager trois générations d'une même famille à vivre au même endroit ou des membres de la famille à vivre tout près. (Keizai Kikaku Chohen, 1982).

Même les hommes politiques les plus conservateurs n'utilisent plus le mot qui servait avant la guerre à désigner la famille élargie (*ie*) pour décrire leur projet, mais leur intention est néanmoins claire. Le « nouveau système d'habitation » porte le nom de « maisonnées de trois générations vivant ensemble », et il a été proposé d'offrir aux familles des prêts ainsi que des équipements ultramodernes pour les aider à prendre soin des vieillards à un coût minimal. Selon une étude récente, sur près de cinq cents personnes qui prennent soin de parents âgés chez elles, plus de 81 pour cent sont des femmes ayant en moyenne 56 ans. Plus de 60 pour cent de ces femmes s'occupent de leurs parents depuis au moins trois ans et 16 pour cent d'entre elles, depuis plus de dix ans (Tokyo Shinbun, 1990). Une étude récente effectuée par des Japonaises conclut qu'en raison des politiques sociales peu généreuses en vigueur actuellement au Japon, le fardeau du soin des personnes âgées est tout simplement refilé aux femmes plus jeunes, c'est-à-dire aux femmes d'âge mûr (Fujin Hakusho, 1989).

#### LA DOCTRINE DE LA MÈRE

Il existe aujourd'hui au Japon un sentiment largement répandu voulant que la « santé économique » du pays soit excellente, mais qu'il n'en va pas de même pour l'état de la nation

elle-même ou de la « santé spirituelle » de sa population (Mochida, 1980). Le gouvernement conservateur et les intellectuels qui le soutiennent déplorent ce qu'ils appellent une perte des valeurs traditionnelles, notamment l'« affaiblissement » des liens familiaux qui favorise indûment une valeur « occidentale », l'individualisme. Pendant trois quarts de siècle, c'est-à-dire de l'instauration du régime Meiji et jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale, la maisonnée de trois générations, la *ie*, a été reconnue comme la cellule familiale officielle du Japon. C'est là que se trouvait l'autel des ancêtres, ces représentants des valeurs morales et spirituelles que la femme adulte de la maisonnée, le « pilier » de la famille, insufflait en leur nom à la jeune génération. Modelée d'après le système des samourais de l'époque féodale mâtiné d'idées européennes de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la « bonne épouse et sage mère » devait se conditionner à servir la maisonnée, notamment à veiller au bien-être et aux besoins matériels et spirituels de tous les autres membres de la famille (Haga, 1990). Alors que le Japon féodal était extrêmement sensible aux différences de classes et d'occupations, ces différences ont été théoriquement abolies avec la création d'un État moderne, et on a fait appel pour la première fois aux femmes japonaises en tant que groupe unifié dans le cadre du rôle social dévolu à leur sexe à l'intérieur de la *ie* (Nolte et Hastings, 1991).

Comme membre de cette famille élargie, une femme atteint son apogée dans la cinquantaine et se voit alors confier un maximum de responsabilités qui, tout en diminuant avec l'âge, ne lui seront jamais retirées à moins qu'elle ne succombe à la sénilité ou à quelque autre calamité. Beaucoup de Japonaises vivent encore ainsi, et leurs journées sont occupées par la surveillance des dépenses du ménage, par le soin et l'éducation des petits-enfants ainsi que par le soin de beaux-parents à leur charge ; à cela, s'ajoute souvent un travail à la pièce exécuté à la maison ou un travail dans une entreprise familiale, telle une ferme ou un commerce. À l'époque féodale, les femmes de la classe supérieure étaient souvent décrites comme des « ventres d'emprunt », mais à partir de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les femmes ont été considérées comme les premières dispensatrices de soins et aussi comme des membres économiquement productifs de la société. Elles conservaient ces rôles pendant toute leur vie, bien que certaines fonctions particulières évoluaient au fil des ans. De toute évidence, la reproduction était une fonction importante, et plus encore le fait de donner naissance à un fils, mais les Japonais ont toujours manifesté une souplesse remarquable quand venait le moment d'adopter dans leur famille, si besoin était, non seulement des enfants, mais même des adultes. Par conséquent, l'image dominante de la femme japonaise à l'époque moderne a été celle de dispensatrice de soins, rôle pour lequel toutes les femmes sont censées être « biologiquement » douées (Mitsuda, 1985). Dans le cadre de cette idéologie, l'accent est mis sur son dévouement à remplir toute sa vie le rôle dévolu à son sexe, et la reproduction a moins d'importance. Les féministes japonaises ont inventé le mot *boseishugi* (la doctrine de la mère) pour traduire l'essence de cette idéologie.

#### ANOMALIE SOCIALE : VIEILLISSEMENT DE LA FEMME ET MODERNITÉ DU JAPON

La famille nucléaire dans laquelle vivent aujourd'hui environ 60 pour cent des Japonais ne compte plus ni autel des ancêtres ni vieillards, et bien des observateurs la considèrent comme une cellule ayant une « pathologie » fragile, notamment parce que le chef de famille a été dépouillé de ses pouvoirs juridiques à la fin de la guerre, et donc de son absence d'autorité et de sa voix morale (Mochida, 1980 ; Eto, 1979). Les membres de la famille nucléaire — hommes, femmes et enfants — sont considérés comme particulièrement vulnérables face à ce qu'on appelle les « maladies de la civilisation » ou de la « modernisation », notamment toute une gamme de névroses et de comportements déviants. Ces maladies sont concrétisées par des diagnostics aux appellations imagées, comme « le syndrome du refus de l'école », « la névrose des tours d'habitation », « la dépression du jour du déménagement », « la mort par surmenage » et ainsi de suite (Lock, 1988a). Parmi ces appellations, il y a « le syndrome de la ménopause », maladie qui n'est apparue, croit-on, que dans l'après-guerre et qu'on associe particulièrement aux épouses de la classe moyenne professionnelle qui vivent en milieu urbain.

Un gynécologue de Kobé à qui on demandait s'il croyait que toutes les femmes éprouvaient des malaises lors de la ménopause a répondu :

Non, je ne crois pas. Ce sont les femmes qui n'ont pas de but dans la vie [*ikigai*] qui éprouvent le plus de malaises. Les ménagères qui sont relativement à l'aise, qui n'ont qu'un ou deux enfants et beaucoup de temps libre sont celles qui viennent me voir le plus souvent. Le syndrome de la ménopause est une sorte de « maladie de luxe » [*zeitakubyô*]. Je suis certain qu'avant la guerre, les femmes n'allaient jamais consulter le médecin pour ce type de problème.

Un médecin qui travaille à la campagne a affirmé avec force que les femmes rurales étaient beaucoup trop occupées pour éprouver des malaises à la ménopause, ce qui laisse clairement entendre que tout malaise est d'importance mineure et qu'une femme dynamique et occupée le « surmontera » (*norikoeru*) facilement. Les femmes actives, qui n'apportent pas de contribution évidente à la société et qui ont donc trop de temps libre, croit-on, risquent davantage de ne pas faire preuve de la volonté et de l'endurance qui ont caractérisé leurs mères et des générations de Japonaises avant elles. Par conséquent, ce sont elles qui éprouveront des malaises à la ménopause (Lock, 1988b).

Les observatrices féministes ne manquent pas de souligner le côté ironique de ce discours qui prédomine dans la littérature populaire destinée aux femmes (Higuchi, 1985). Dans le Japon d'après-guerre, on a systématiquement écarté les femmes de la main-d'œuvre à temps plein, même si un grand nombre d'entre elles occupaient un travail régulier toute la journée. (Le nombre de celles qu'on appelle « les ménagères professionnelles » est évalué à moins de 30 pour cent.) La grande majorité des femmes salariées sont des travailleuses d'usine « temporaires » qui sont officiellement considérées à temps partiel, mais qui travaillent de longues heures sans avantages sociaux, et qui sont embauchées ou mises à pied au gré des fluctuations économiques. En dehors des professions d'aide, les femmes mariées occupent rarement des emplois de bureau ou des emplois professionnels parce que la société exerce sur elles de fortes pressions pour qu'elles démissionnent lorsqu'elles deviennent enceintes. Se faire réembaucher plus tard dans un « bon » poste est presque impossible, même si la plupart des femmes souhaitent travailler pour des raisons financières. Néanmoins, une fois leurs enfants élevés, les ménagères d'âge mûr sont montrées du doigt sous prétexte que, pendant que le reste de la nation, à l'exception des vieillards, se fait mourir à la tâche (parfois littéralement, semble-t-il ; Voir le [Conseil pour la défense nationale des victimes du *Karôshi*, 1990), elles occupent leur temps, dit-on, à jouer au tennis et à fabriquer des fleurs en plastique. En fait, il y a *un peu* de vrai dans cette affirmation, pourvu cependant que ces femmes n'aient pas la charge de vieillards malades.

Au Japon, « le corps au foyer » est donc idéalisé et considéré comme la norme servant à mesurer toutes les femmes, mais une fois qu'elle a atteint l'âge mur, la femme devient une anomalie sociale qui n'a évidemment plus aucun rôle productif, sauf celui de nourrir son mari à l'occasion, tant qu'on ne l'a pas convaincue de remplir comme autrefois, auprès de la famille élargie, des tâches qui l'occuperont la vie entière. Comme nous l'avons vu précédemment, le gouvernement a annoncé un projet qui lui permettra d'écarter les femmes de la main-d'œuvre salariée en les incitant fortement à remplir leur tâche « naturelle » d'infirmières non rémunérées au sein de la famille élargie. (Les hommes politiques espèrent ainsi garder les taux de chômage le plus bas possible tout en évitant de devoir fournir des établissements publics adéquats aux personnes âgées.)

Comme on suppose que la sécurité financière est le lot de l'ensemble des femmes japonaises, il est possible de faire oublier à la conscience nationale la situation de la majorité des femmes, c'est-à-dire de celles qui doivent renoncer à un travail rémunéré pour prendre soin de leurs parents, au détriment souvent du bien-être des autres membres de la famille. Étant donné que beaucoup de Japonais vivent bien au-delà de quatre-vingt-dix ans, certaines belles-filles de plus de soixante-dix ans demeurent enchaînées à un vieillard incontinent et immobile. En outre, comme les thromboses sont les causes les plus fréquentes d'invalidité chez les personnes âgées du Japon, de lourds soins infirmiers sont souvent nécessaires, et les hommes apportent rarement leur aide pour ces dures tâches.

Au Japon, c'est donc le problème des soins dispensés à la maison et celle des familles de trois générations qui mobilisent aujourd'hui les militantes féministes. Conjointement avec des personnes âgées politiquement actives, ces femmes s'interrogent sur l'intransigeance des administrations locales et nationales sur ces questions. Étant donné l'urgence de la situation, l'arrêt des règles passe à l'arrière-plan, à cause surtout du discours moralisateur qui lui est associé ; en effet, dans un pays où triomphe l'éthique du travail, personne n'aime se faire accuser, même indirectement, de mollesse.

### LA PERCEPTION DE L'ÂGE PAR LA SOCIÉTÉ

En dépit de l'inquiétude que suscite le « grisonnement » de la nation, le vieillissement lui-même n'est pas considéré comme une anomalie ; bien au contraire, la société japonaise perçoit le passage du temps avec beaucoup de finesse et de sensibilité et se complaît littéralement dans l'évocation du caractère éphémère de la vie humaine. Les transitions dans le cycle de vie des hommes et des femmes étaient autrefois célébrées officiellement comme des événements sociaux ; la continuité avec les générations passées et la présence des ancêtres renforçaient l'idée voulant que chaque individu appartienne à un ordre cosmique supérieur (Smith, 1974). Les femmes qui ont cinquante ans aujourd'hui ont baigné dans cette idéologie dans l'enfance, et la plupart y adhèrent encore (Lebra, 1984 ; Lock, 1993). Le passage à travers le cycle de vie est une expérience subjective, surtout en ce qui concerne la façon dont les relations avec les autres évoluent dans le temps ; les femmes, en particulier, s'attendent à ce que leur vie prenne un sens en fonction de ce qu'elles accomplissent pour les autres plutôt que pour elles-mêmes (Plath, 1980, p. 139). Dans un tel contexte, l'arrêt des règles n'est pas un symbole très puissant. Sans doute quelques femmes pleurent-elles la perte de leur jeunesse et de leurs attraits sexuels, mais la plupart insistent plutôt sur le processus inévitable du vieillissement, c'est-à-dire les cheveux gris, une baisse de la vision, une mémoire courte et défaillante, etc. (Lock, 1986). En outre, ces signes de vieillissement, qui représentent de toute évidence la fin définitive de la jeunesse, sont avant tout des signifiants de l'avenir, de ce que demain leur réserve peut-être, soit l'affaiblissement de leur corps et, par conséquent, l'incapacité de travailler et d'apporter leur contribution à la société.

Il semble que certaines femmes ne croient pas du tout que l'arrêt des règles fasse partie de la ménopause. Dans une enquête que j'ai effectuée en 1984<sup>1</sup>, 24 pour cent d'un échantillon de femmes âgées de 45 à 50 ans, qui n'étaient plus menstruées depuis au moins une année, ont affirmé qu'elles n'avaient aucun symptôme de ménopause (Lock, 1986, p. 30). Par conséquent, dans le discours sur le vieillissement, les femmes ne se démarquent pas beaucoup des hommes, car les changements physiques associés à l'âge mûr et jugés significatifs sont communs aux deux sexes.

### SIGNES ET SYMPTÔMES DE LA *KÔNENKI*

Quand plus d'une centaine de femmes ont été interrogées chez elles au sujet des symptômes physiques qu'elles associaient à la *kônenki* (le terme japonais dont le sens se rapproche le plus du mot ménopause), près de 80 pour cent ont répondu à peu près ce qui suit :

Je n'ai aucun problème, ni maux de tête, ni rien de ce genre [...] d'autres m'ont dit qu'elles se sentaient la tête si lourde qu'elles ne pouvaient pas se lever. Certaines de mes amies se plaignent de ne pas se sentir bien, même si elles ne ressentent pas vraiment de douleur.

---

1. Dans le cadre de cette étude transversale, nous avons interrogé 1 738 femmes japonaises âgées de 45 à 55 ans inclusivement. L'échantillon regroupait des travailleuses d'usine, des femmes qui vivaient sur une ferme qu'elles exploitaient ainsi que des ménagères à temps plein. Au total, nous avons obtenu 1 316 réponses utilisables, et nous avons comparé cet échantillon avec deux autres : un échantillon de plus de 8 000 femmes au Massachusetts et un autre de plus de 2 500 Manitobaines (voir Lock, 1986 ; Kaufert et coll., sous presse).

J'ai commencé à éprouver des problèmes de sommeil vers cinquante ans ; c'était la ménopause, je crois. Il y a des femmes qui ont des étourdissements, des maux de tête, des raideurs dans les épaules et des douleurs dans les articulations.

Dans mon cas, ma vision a baissé. Certaines personnes deviennent fragiles et ont des maux de tête.

On dirait qu'on étire mes épaules, et je me fatigue vite.

Les troubles les plus fréquents dont j'ai entendu parler sont les maux de tête, les raideurs dans les épaules et les douleurs dans les articulations. Certaines femmes deviennent aussi très irritables.

Un petit nombre de femmes, douze sur un échantillon de plus de cent, ont fait des déclarations de ce genre :

Le plus remarquable, c'était que j'avais tout à coup très chaud ; cela se produisait à peu près trois fois par jour. Je ne suis pas allée voir le médecin et je n'ai pas pris de médicaments. Je ne me sentais ni embarrassée, ni bizarre ; je me disais seulement que c'était à cause de mon âge.

Une longue liste de 57 symptômes, culturellement adaptés et n'étant pas nécessairement associés à la *kônenki*, figuraient dans le questionnaire de l'enquête, et les femmes devaient indiquer lesquels elles avaient éprouvés au cours des deux semaines précédentes. Dans l'ensemble, elles ont signalé peu de symptômes, et leurs réponses différaient de façon significative d'échantillons comparables de femmes du Manitoba et du Massachusetts (Avis et coll., 1993). Les symptômes signalés le plus souvent par ordre décroissant de fréquence ont été les suivants : raideur dans les épaules, maux de tête, lombago, constipation, frissons, irritabilité, insomnie, douleurs dans les articulations, rhumes fréquents, maux de gorge, engourdissements ; puis, sur un même pied, pertes de mémoire et bouffées de chaleur (seulement 10 pour cent de l'échantillon par rapport à 31 et à 35 pour cent respectivement au Manitoba et au Massachusetts<sup>2</sup>). Ces symptômes étaient suivis de près par les suivants : « tête lourde » (*atama ga omoi*), bourdonnements dans les oreilles et finalement, presque au bas de la liste, sueurs nocturnes (seulement 4 pour cent de l'échantillon par rapport à 20 pour cent au Manitoba et à 12 pour cent au Massachusetts ; voir tableau 1). Les symptômes « classiques » de la ménopause — bouffées de chaleur et sueurs nocturnes — sont donc loin d'être signalés aussi fréquemment que dans les échantillons comparables d'Amérique du Nord.

Plus de 40 pour cent des Japonaises interrogées ont été d'accord avec cette déclaration d'une travailleuse d'usine de Kyoto : « La *kônenki* débute à des âges différents selon les personnes. Certaines commencent à la fin de la trentaine, et d'autres n'éprouvent jamais aucun symptôme ; elle n'ont pas du tout de *kônenki*. » Le mot *shôgai* (effets négatifs) a dû être ajouté à *kônenki* (« transition de la vie ») pour que la plupart des femmes se songent à des symptômes qu'elles jugeaient pénibles.

#### ÉLABORATION DU DISCOURS SUR LA *KÔNENKI*

Depuis des siècles, la médecine sino-japonaise affirme que l'arrêt des règles peut laisser du « sang séché » dans le corps, ce qui cause chez certaines femmes de nombreux symptômes non spécifiques qui durent souvent quelques années : étourdissements, palpitations, maux de tête, frissons, raideurs dans les épaules, bouche sèche, etc. (Nishimura, 1981). Comme on croyait que la présence de sang séché et de symptômes non spécifiques connexes pouvait avoir beaucoup d'autres causes, on n'a créé aucun mot pour décrire l'inconfort que ressentent certaines femmes à l'arrêt des règles. Vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, lorsqu'il y eut pour la première fois de nombreux échanges entre le Japon et l'Europe, les Japonais ont créé le mot *kônenki* pour traduire le concept européen de « climatérique ». Selon Nishimura (1981), jusqu'à tout

2. Ces différences persistent même lorsque nous tenons compte des pourcentages très différents d'hystérectomies selon le pays.

TABLEAU 1

Pourcentage de femmes ayant signalé des bouffées de chaleur au cours des deux semaines précédentes en fonction de leur statut ménopausique (abstraction faite des cas d'hystérectomie)

Statut ménopausique	Japon*	Manitoba*	Mass.**
Préménopause	5,7	17,3	17,9
Périménopause	12,6	47,4	38,1
Post-ménopause	10,8	47,0	43,9
Total (100 %)	1 082	1 026	5 505
	$\chi^2 = 10,4$	$\chi^2 = 24,4$	$\chi^2 = 381,25$

\* p = 0.01

\*\* p = 0.2

Pourcentage de femmes ayant signalé des sueurs nocturnes au cours des deux semaines précédentes en fonction de leur statut ménopausique (abstraction faite des cas d'hystérectomie)

Statut ménopausique	Japon*	Manitoba*	Mass.**
Préménopause	4,1	10,6	5,5
Périménopause	4,0	27,6	11,7
Post-ménopause	3,0	22,2	11,3
Total (100 %)	1 104	1 039	5 484

récemment, le mot *kônenki* pouvait servir à désigner toutes les transitions du cycle de vie, chez les hommes comme chez les femmes, quel que soit leur âge. Cette interprétation correspond presque à la signification qu'on donnait au mot « climatère » en Europe jusqu'au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle. Même si depuis peu il ne se dit uniquement que de la femme au milieu de la vie, ce terme a d'abord servi dans toute l'Europe à décrire les dangers associés à beaucoup de transitions problématiques dans un cycle de vie, sans égard à l'âge ou au sexe (Sears, 1986).

Les médecins japonais, parmi lesquels beaucoup sont allés étudier la médecine occidentale en Allemagne au début du XX<sup>e</sup> siècle, ont éprouvé le besoin d'inventer des termes techniques en japonais pour traduire les concepts de la climatère du milieu de la vie de la femme (quand les règles s'arrêtent) et de la ménopause (la fin des règles), deux concepts qui étaient solidement établis dans la littérature gynécologique d'Europe et d'Amérique du Nord au début du siècle. Toutefois, ces deux termes plutôt encombrants ont eu une vie très courte et, dans les années 1920, on les a abandonnés en faveur d'un mot « ordinaire » très courant, la *kônenki*, qui désigne encore aujourd'hui une période de transition graduelle pouvant durer de dix à vingt ans. Dans le Japon contemporain, il n'y a toujours pas de mot spécifique d'usage courant pour désigner l'arrêt des règles, mais il existe évidemment un terme technique (de même que le mot ménopause a été lui aussi un terme technique qui n'appartient au langage quotidien que depuis une quarantaine d'années). En 1927, dans un article d'une revue japonaise de gynécologie, l'auteur a inventé un mot compliqué pour traduire l'idée de bouffée de chaleur, notion pour laquelle il n'existait pas non plus de mot spécifique en japonais (Yamada, 1927), mais comme les autres, ce terme technique n'a pas survécu longtemps. La situation demeure inchangée aujourd'hui, et les rares femmes qui éprouvent des bouffées de chaleur doivent décrire cette expérience en disant simplement que « elles ont tout à coup très chaud » ou qu'elles ont une *nobose*, mot qui sert à traduire en médecine l'idée d'une montée du sang au cerveau associée à des vertiges et à des étourdissements ; elles peuvent aussi parler de *hoteri*, qui décrit

la rougeur qui monte au visage de nombreux Orientaux lorsqu'ils boivent de l'alcool. En d'autres mots, le japonais n'a pas de mot spécifique pour désigner une bouffée de chaleur, même si la langue générale possède des mots extrêmement précis pour différencier divers états du corps.

Au tournant du siècle, une partie du discours allemand sur la climatère correspondait intuitivement à la pensée du monde médical japonais. C'était la notion de « système nerveux autonome ». Quand elle a été énoncée pour la première fois en 1898, cette notion a créé des remous partout dans le monde médical (Sheehan, 1936), mais plus particulièrement au Japon, où elle correspondait à l'approche physiologique holistique qui caractérisait la médecine sino-japonaise. Plus tard, dans les années 1930, lorsqu'on a avancé l'existence de liens étroits entre le système endocrinien et le système nerveux autonome (Sheehan, 1936), les médecins japonais ont adopté d'emblée cette idée, et ils ont émis l'hypothèse d'un lien entre la *kônenki* et les perturbations du système nerveux autonome, lien que la plupart des médecins et des femmes du Japon reconnaissent encore aujourd'hui (Lock et coll., 1988 ; Rosenberger, 1992). Selon le discours qui prévaut actuellement, les malaises ne sont habituellement pas liés directement à la baisse du taux d'œstrogènes, mais à une déstabilisation du système nerveux autonome. Les deux sexes sont vulnérables, mais les femmes y sont, croit-on, plus exposées que les hommes en raison de l'effet combiné de la baisse des œstrogènes.

Il existe un autre facteur qui a certainement empêché le discours japonais de se centrer étroitement sur le vieillissement des ovaires et la baisse du taux d'œstrogènes ; contrairement à leurs collègues occidentaux, les médecins japonais ont pratiqué peu d'interventions chirurgicales avant le xx<sup>e</sup> siècle, la chirurgie étant une spécialité décriée par les puissants herboristes, axés sur la physiologie, du système médical traditionnel. En outre, avant le xx<sup>e</sup> siècle, l'anatomie, telle qu'on la concevait en Europe dans le discours médical des Lumières, a eu relativement peu d'impact au Japon, où autopsies et dissections n'étaient pas courantes. Par conséquent, les gynécologues n'avaient pas participé à l'ablation et à la dissection de centaines d'ovaires comme de nombreux gynécologues européens et nord-américains de la fin du xix<sup>e</sup> siècle (Laqueur, 1990), et leur « regard » s'attardait davantage sur la physiologie que sur l'anatomie.

L'importance accordée au Japon aux changements physiologiques associés à la *kônenki* a eu une autre conséquence : jusqu'à tout récemment, la majorité des rares Japonaises à consulter un médecin à cette étape de leur vie allaient habituellement voir un interne plutôt qu'un gynécologue, la gynécologie étant avant tout une spécialité chirurgicale. En raison de toutes ces différences, le discours sur la *kônenki* différait nettement du discours sur la ménopause en Amérique du Nord. Les symptômes au cœur du vécu de la *kônenki* sont les raideurs dans les épaules, les maux de tête, les bourdonnements dans les oreilles, les picotements, les étourdissements, etc. Ce vécu est également en partie tributaire de la biologie « locale », puisque les bouffées de chaleur et les autres symptômes soi-disant vasomoteurs, qui sont considérés comme caractéristiques de la ménopause en Amérique du Nord, sont peu fréquents. Pour les Japonais, cette « instabilité » du corps à l'âge mûr est universelle (du moins dans tout l'archipel), et elle n'est pas particulièrement associée aux ménagères oisives de la classe moyenne, même si l'on reconnaît généralement que ces dernières ont davantage tendance à se plaindre, à se « préoccuper » de leurs symptômes et à rechercher l'aide de la médecine, au lieu de simplement garder une bonne attitude mentale qui leur permette de « surmonter » leurs malaises.

Un gynécologue japonais qui a passé de nombreuses années à effectuer des recherches sur la *kônenki* croit que ce concept ne correspond pas au mot ménopause ; il est d'avis, comme les trente autres médecins japonais que j'ai interviewés, que les femmes japonaises n'éprouvent pas souvent des bouffées de chaleur et que de toute façon, celles-ci ne les gênent guère. On peut évidemment se demander pourquoi les Japonaises vivent différemment l'arrêt de leurs règles. Après les avoir longuement interrogées et avoir effectué des recherches dans leur pays pendant près de trente ans, je suis convaincue que de telles constatations ne peuvent s'expliquer simplement en disant que les femmes japonaises ignorent leurs symptômes et, par conséquent, ne les signalent pas. De toute évidence, la langue et les attentes culturelles influent profondément sur la façon de vivre la *kônenki* ; mais à mon avis, il faudrait aussi, dans les études futures,

analyser systématiquement les différences de régime alimentaire. Les Japonaises d'âge mûr ont un régime riche en germes de soja et consomment également beaucoup de tisanes, deux aliments qui produisent de forts taux d'œstrogènes naturels ; par contre, même si l'influence du régime alimentaire était démontrée, cela n'enlèverait rien au rôle que joue la culture pour modeler le vécu de la *kônenki*.

Parce que les bouffées de chaleur ne sont pas le principal élément des malaises de la ménopause, les médecins japonais n'ont pas senti le besoin de prescrire un traitement hormonal pour les atténuer. En outre, on ne trouve pas la pilule anticonceptionnelle sur le marché japonais. Les médecins comme les femmes disent souvent dans les enquêtes craindre les effets iatrogènes que pourrait entraîner l'usage prolongé de la pilule (le quotidien *Mainichi*, 1987), et cette crainte s'étend aux hormones du traitement substitutif, dont la composition est très similaire à celle de la pilule, comme le savent la majorité des Japonaises.

### LE MONDE MÉDICAL ET LA *KÔNENKI*

Au Japon, les obstétriciens et les gynécologues s'aident généralement pour dispenser les soins primaires, et les médecins qui possèdent et administrent de petits hôpitaux tirent le gros de leurs revenus des accouchements, des avortements et des opérations mineures. Récemment, cependant, les gynécologues se sont aperçus que leur pratique médicale était moins lucrative qu'avant parce que les femmes préfèrent maintenant accoucher dans des établissements de soins tertiaires, et aussi parce que le taux des avortements diminue par suite d'un recours plus sophistiqué à la contraception (même en l'absence de la pilule). Jusqu'à tout récemment, la *kônenki* n'était guère médicalisée par les internes ou par les gynécologues, mais la situation est en train de changer, en partie à cause des pressions économiques que subissent de nombreux gynécologues en pratique privée. Certains offrent maintenant des services de consultation à leurs patientes d'âge mur, tandis que d'autres ont entrepris de rédiger pour le grand public des livres et des articles sur le sujet. Malgré ce changement dans les pratiques et en dépit de la présence d'une industrie pharmaceutique agressive, le traitement hormonal demeure encore peu utilisé, et il est moins souvent prescrit que les médicaments à base de plantes (Association des entreprises pharmaceutiques du Japon, 1990).

Les médecins japonais demeurent à l'affût de l'actualité médicale en occident. Dans un pays qui prône activement la médecine préventive, on pourrait donc s'attendre à certains changements dans la prescription du traitement hormonal aux femmes d'âge mûr, comme cela se produit en Amérique du Nord. Dans ce domaine également, la biologie locale intervient, puisque le nombre de décès dus aux maladies coronariennes chez les Japonaises est d'environ le quart de celui des femmes américaines (OMS, 1990) ; de plus, même si l'on estime au Japon que deux fois plus de femmes que d'hommes souffrent d'ostéoporose, leur nombre est néanmoins environ la moitié de ce qu'il est en Amérique du Nord (Ross et coll., 1991). À la lumière de ces chiffres et considérant que le pourcentage de cancers du sein est environ le quart de ce qu'il est en Amérique du Nord, les gynécologues japonais sont assez peu enclins à débattre publiquement des avantages et inconvénients d'une thérapie hormonale prolongée ; de toute façon, beaucoup éprouve un malaise face à ce traitement par suite de leur crainte d'effets iatrogènes. Devant des femmes d'âge mûr en santé, leur première réaction est habituellement de prôner de bonnes habitudes alimentaires et beaucoup d'exercices physiques. À celles qui éprouvent des symptômes pénibles, tous les médecins, même les gynécologues, prescrivent des plantes médicinales (Lock, 1993). Tout récemment, cependant, certains médecins ont commencé à médicaliser la *kônenki*. Il sera intéressant de voir quel succès ils auront, et surtout de voir si les symptômes signalés par les Japonaises évolueront par suite de l'intérêt de la médecine pour leur vieillissement.

En résumé, d'un point de vue épidémiologique, la *kônenki* est un fait banal au Japon. Les conditions que nous avons décrites expliquent, chacune à leur façon, le manque d'intérêt de la médecine pour la femme d'âge mûr. Cette situation est assez similaire à celle qui prévalait

il y a vingt-cinq ans en Amérique du Nord à l'égard de la ménopause, mais pour des raisons bien différentes.

### LES POLITIQUES EN MATIÈRE DE VIEILLISSEMENT FÉMININ

Bien qu'elles soient des citoyennes de seconde classe au niveau politique et qu'elles aient été jusqu'à tout récemment légalement subordonnées aux hommes, les Japonaises n'ont jamais été perçues comme les adversaires des hommes qui voyaient plutôt en elles des alliées, notamment au sein de la famille. Même vieilles, elles n'étaient pas repoussées à la périphérie, car elles servaient de liens essentiels entre la famille élargie et les ancêtres. Le processus du vieillissement était considéré comme inévitable et porteur de changements physiologiques communs aux hommes et aux femmes ; il n'était pas associé à une pathologie, même si certains ont commencé récemment à adopter cette ligne de pensée. Par conséquent, les Japonaises d'âge mûr n'ont jamais été perçues au cours de l'histoire comme des anomalies biologiques ou sociales. Toutefois, à cause de l'évolution de la structure familiale et des conditions de travail, les ménagères « professionnelles » risquent aujourd'hui d'être considérées comme des curiosités dans la société au moment de la *kônenki*. Les résultats du projet de recherche mentionné précédemment révèlent sans l'ombre d'un doute que ces ménagères ne signalent pas plus de symptômes que les salariées, ce qui dément le stéréotype japonais qui veut que luxe et apitoiement sur soi-même, donc pourcentage élevé de plaintes de symptômes, vont de pair. Les salariées signalent davantage de symptômes, et beaucoup de ceux-ci sont liés directement à leurs conditions de travail (voir tableau 2).

En cherchant à se comprendre, les Japonais invoquent depuis des siècles leur idéologie nationale selon laquelle « nous les Japonais » sommes différents de « l'Autre » ; historiquement, cet Autre fut le plus souvent le Chinois ou, de façon générale, « un étranger barbare » venu de loin. Cependant, depuis la fin du siècle dernier, depuis l'ouverture délibérée du Japon sur le monde, l'autre auquel songent les Japonais, avec toujours beaucoup d'ambivalence, c'est celui de la culture moderne de « l'Occident ». Avec une intensité croissante depuis trente ans, depuis que l'économie japonaise domine progressivement le monde, c'est pourtant à ce même « Occident » (souvent identifié aux pires excès de l'Amérique) que les Japonais se réfèrent pour façonner leur discours sur les dangers d'un individualisme débridé et sur la fragilité de la nouvelle famille japonaise, deux questions qui hantent le Japon moderne. C'est ce discours sur les différences entre le Japon et l'Occident, entre la tradition et la modernité, entre l'offre de soins et l'individualisme qui alimente aujourd'hui les déclarations moralisatrices négatives associées à la *kônenki*. Ainsi, les Japonaises d'âge mûr ne présentent aucune déficience biologique par rapport aux hommes ou aux jeunes femmes, et leur âge n'a rien en soi d'anormal. C'est leur position sociale qui fait d'elles une cible d'intervention — politique plutôt que médicale. Dans cette optique, la génération actuelle de femmes d'âge mûr, la première à vieillir dans l'après-guerre, est perçue comme différente de toutes les générations de Japonaises disciplinées et maîtresses d'elles-mêmes qui l'ont précédée depuis des temps immémoriaux.

La politique en matière de vieillissement, question urgente au Japon comme en Amérique du Nord, s'élabore donc dans ces deux espaces culturels à partir d'affirmations sur la place des femmes dans la société. Chaque discours s'articule en partie autour d'affirmations sur les changements biologiques et les risques connexes de malaises ou même de maladies graves (surtout en Amérique du Nord), mais il s'inspire aussi de la biologie locale de chaque lieu, des connaissances spécifiques issues de l'histoire et des impératifs sociaux précis. En Amérique du Nord, l'attention se porte exclusivement sur la biologie individuelle, et le corps féminin vieillissant est médicalisé ; au Japon, par contre, le public ne s'attarde pas aux changements physiques, mais aux soins qu'on voudrait que les femmes d'âge mûr prodiguent aux vieillards. La femme japonaise sera portée à ignorer ou à surmonter tout malaise en faisant preuve de maîtrise d'elle-même et de discipline afin de pouvoir continuer à remplir sans interruption ses devoirs sociaux. Pourtant, qu'on réduise aux seules qualités de comportement qui lui sont dévolues « naturellement » ou à un profil anatomique, le discours prévalent dans les deux contextes culturels est néanmoins légitimé sous prétexte qu'il est scientifique.

TABLEAU 2

Pourcentage de femmes ayant signalé des symptômes vasomoteurs au cours des deux semaines précédentes en fonction de leur statut professionnel

Symptômes	Ménagères <sup>a</sup> (en %)	Salariées rurales et urbaines <sup>b</sup> (en %)
Bouffées de chaleur*	3,3	10,4
Sueurs nocturnes**	2,7	3,8
Crises sudorales***	2,4	4,9

\* p = 0.01 ;  $\chi^2 = 5,68$

\*\* p = 0.00 ;  $\chi^2 = 6,89$

\*\*\* p = 0.02 ;  $\chi^2 = 1,48$

<sup>a</sup>N = 123, ou 9,3 % de l'échantillon.

<sup>b</sup>N = 1193, ou 90,7 % de l'échantillon.

Pourcentage de femmes ayant signalé des symptômes de *kônenki* au cours des deux semaines précédentes en fonction de leur statut professionnel

Symptômes	Ménagères <sup>a</sup> (en %)	Salariées rurales et urbaines <sup>b</sup> (en %)
Raideur des épaules	45,5	53,5
Maux de tête	26,0	32,2
Lombago	18,7	23,1
Insomnie	6,5	11,9
Irritabilité	7,3	12,2
Tête lourde	4,1	8,2
Engourdissements	8,1	10,1
Frissons	13,0	16,3
Étourdissements	5,7	7,4
Douleurs dans les articulations	8,9	11,3
Perte de mémoire	11,4	9,5
Difficulté de concentration	12,2	5,9
Erreur de jugement	5,7	3,2
Dépression	13,0	7,1
Fatigue excessive	10,6	3,6

<sup>a</sup>N = 123, ou 9,3 % de l'échantillon.

<sup>b</sup>N = 1193, ou 90,7 % de l'échantillon.

Chaque fois, l'expérience subjective du vieillissement est ignorée, en particulier sur la scène politique où la réalité est d'abord perçue de façon quantitative. On ne tient pas compte non plus des contraintes économiques qui pèsent sur les femmes et du fait qu'en Amérique du Nord, bien des femmes prennent soin de leurs parents âgés (Harrington et autres, 1986). Dans les deux lieux, les femmes sont ramenées à une masse homogène et leur diversité est occultée ; toutefois, en Amérique du Nord, on tente de les discipliner de façon indirecte en faisant appel à leur sens des responsabilités personnelles pour rester en forme, tandis qu'au Japon, l'État bureaucratique intervient directement. On ne prête aucune attention aux multiples façons dont les femmes résistent aux idéologies, les manipulent et les tournent en ridicule (Lock, 1993). Le sort des hommes dans la société vieillissante passe également inaperçu la plupart du temps, et on ne leur donne aucun conseil sur les médicaments nécessaires à leur corps affaibli, ou encore sur les habitudes, l'hygiène et les comportements qu'ils pourraient modifier pour le plus grand bien de leur famille. Il semble y avoir eu bien peu de réflexions sur les raisons pour lesquelles les femmes sont idéologiquement ciblées alors que les hommes demeurent

indifférenciés. En Amérique du Nord, en particulier, nous entendons peu parler des corps masculins affaiblis ; ils brillent par leur absence, noyés dans les nuages de vapeurs dont on entoure le « deuxième » sexe. Il faudra bien un jour les en extirper.

Margaret LOCK  
Department of Social Studies of Medicine  
Université McGill  
3655, rue Drummond  
Montréal (Québec), Canada H3G 1Y6

#### RÉSUMÉ

Une étude comparative de la ménopause chez des femmes d'âge mûr du Japon et d'Amérique du Nord révèle des différences significatives dans les deux lieux culturels du point de vue du vécu personnel et des changements physiques. Ces différences résultent à la fois des « biologies locales » et de la perception culturelle du vieillissement de la femme. En Amérique du Nord, la ménopause apparaît quasi comme une maladie, d'où sa médicalisation, mais certains membres du mouvement féministe s'interrogent sur les fondements scientifiques d'une telle approche. Au Japon, le rôle croissant que l'on veut faire jouer à la femme d'âge mûr auprès le soin des personnes âgées est devenu le point de mire de l'action politique. La *kônenki*, mot servant à décrire la ménopause, entraîne peu de malaises chez la plupart des femmes et passait inaperçue jusqu'à tout récemment.

#### SUMMARY

Comparative research into the female mid-life transition of menopause in Japan and North America reveals that subjective experience and physical changes are significantly different in the two cultural settings. These differences are the result of an engagement between "local biologies" and the cultural construction of female aging. Menopause is likened to a disease in North America leading to medicalization, the scientific basis of which is criticized by certain members of the women's movement. In Japan the increasing task of middle aged women as caretakers of the elderly in the focus for political action. *Kônenki*, usually glossed as menopause, causes little discomfort for most women, and remained unmarked until very recently.

#### RESUMEN

Un estudio comparativo de la menopausia de las mujeres maduras de Japón y de América del Norte revela diferencias significativas entre las dos culturas del punto de vista de la experiencia personal y de los cambios físicos. Esas diferencias resultan simultáneamente de las « biológicas locales » y de la percepción cultural del envejecimiento de la mujer. En América del Norte, la menopausia es asociada a una enfermedad, lo cual acarrea su medicalización, pero ciertos miembros del movimiento feminista se interrogan sobre los fundamentos científicos de tal perspectiva. En Japón, el rol creciente que se le hace jugar a la mujer madura en el cuidado de los ancianos se ha vuelto el objetivo de la acción política. La *kônenki*, palabra que designa la menopausia, acarrea pocos malestares a las mujeres y pasaba desapercibida hasta hace poco tiempo atrás.

#### BIBLIOGRAPHIE

- ASSO, Doreen (1983), *The Real Menstrual Cycle*, New York, John Wiley and Sons.
- ASSOCIATION DES ENTREPRISES PHARMACEUTIQUES DU JAPON, (1990), *Data Book 1989*, Tokyo.
- AVIS, Nancy E., KAUFERT Patricia E., LOCK Margaret, MCINLEY Sonja et VASS, Kerstin (1993), « The Evolution of Menopausal Symptoms », *Baillière's Clinical Endocrinology and Metabolism*, vol. 7, pp. 17-32.
- AVIS, Susan (1987), « Changing Ideas : The Medicalization of Menopause », *Social Science and Medicine*, vol. 24, pp. 535-543.
- BERGER, John (1972), *Ways of Seeing*, Londres, Penguin Books.
- CUMMINGS, S. R. (1985), « Are Patients with Hip Fractures more Osteoporotic ? Review of the Evidence », *The American Journal of Medicine*, vol. 78, pp. 487-494.
- DEWHURST, John (1981), *Integrated Obstetrics and Gynecology for Postgraduates*, Oxford, Blackwell Scientific Publications.
- ETO, Jun (1979), « The Breakdown of Motherhood is Wrecking our Children », *Japan Echo*, vol. 6, pp. 102-109.
- FUCHS, Victor (1974), *Who Shall Die ? Health, Economics and Social Choice*, New York, Basic Books Inc.
- FURMAN, Robert H. (1971), « Coronary Heart Disease and the Menopause », *Menopause and Aging*, Kenneth J. Ryan et Don C. Gibson (dir.), U.S. Department of Health, Education and Welfare, Bethesda (MD), pp. 39-55.
- GOSDEN, R. G. (1985), *The Biology of Menopause : The Causes and Consequences of Ovarian Aging*, Londres, Academic Press.
- GREENBLATT, R. B. (1972), « Hormonal Management of the Menopause », *Medical Counter-Point*, vol. 4, p. 19.
- GREENBLATT, R. B. et TERAN A.-Z. (1987), « Advice to post-menopausal women », *The Climacteric and Beyond*, L. Zichella, M. Whitehead et P. A. Van Keep (dir.), New Jersey, Parthenon Publishing Group Ltd.

- HAGA Noboru (1990), *Ryōsai kenbo* (Bonnes épouses et bonnes mères), Yusankaku, Tokyo.
- HARAWAY, Donna (1989), *Primate Visions : Gender, Race, and Nature in the World of Modern Science*, New York, Routledge.
- HARRINGTON, Charlene, NEWCOMER, Robert J., ESTES, Carroll L. et coll. (1985), *Long Term Care of the Elderly*, Beverley Hills, Sage.
- HASPELS Ary A. et VAN KEEP Pieter A. (1979), « Endocrinology and Management of the Peri-Menopause », *Psychosomatics in Peri-Menopause*, A. A. Haspels et H. Musaph (dir.), Baltimore, University Park Press.
- HIGUCHI Keiko (1985), (Les femmes à la maison), *Japan Echo*, vol. 12, pp. 51-57.
- JERN, Helen (1973), *Hormone Therapy of the Menopause and Aging*, Springfield (Ill.), Charles C. Thomas.
- KAUFERT, Patricia (1988), « Menopause as Process or Event : The Creation of Definitions in Biomedicine », *Biomedicine Examined*, Margaret Lock et Deborah Gordon (dir.) Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, pp. 331-349.
- KAUFERT, Patricia et LOCK, Margaret (1992) « What are Women for ? : Cultural Constructions of Menopausal Women in Japan and Canada », *In Her Prime : New Views of Middle-Aged Women*, Virginia Kerns et Judith K. Brown (dir.), Chicago, University of Illinois Press, pp. 201-219.
- KAUFERT, Patricia et MCKINLEY, Sonja (1985), « Estrogen-Replacement Therapy : The Production of Medical Knowledge and the Emergence of Policy », *Women, Health and Healing : Toward a New Perspective*, Ellen Lewin and Virginia Olesen (dir.), Londres, Tavistock Publications, pp. 113-138.
- KEIZAI Kikaku Chōhen (1982), *Nisen nen no Nihon*, publication gouvernementale, Tokyo.
- KORENMAN, S. G. (1982), « Menopausal Endocrinology and Management », *Archives of Internal Medicine*, vol. 142, pp. 1131-1136.
- KŌSEISHA Fukushi (1989), *Kōrei sha fukushi* (Le bien-être des personnes âgées), Nihon Fujin Dantai-Rengōkai (dir.), Tokyo, Horupu Shuppan.
- KŌSEI Hakusho (1989), *Arata na kōreishazō to katsuryoku aru chōju fukushi shakai o mezashite*, Tokyo, Kōseishō.
- LAQUEUR, Thomas (1990), *Making Sex : Body and Gender from the Greeks to Freud*, Cambridge, Harvard University Press.
- LEBRA, Takie (1984), *Japanese Women : Constraint and Fulfillment*, Honolulu, University of Hawaii Press.
- LOCK, Margaret (1986), « Ambiguities of Aging : Japanese Experience and Perceptions of Menopause », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, vol. 10, pp. 23-46.
- LOCK, Margaret (1988a), « A Nation at Risk : Interpretations of School Refusal in Japan », *Biomedicine Examined*, Margaret Lock et Deborah R. Gordon (dir.), Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, pp. 391-414.
- LOCK, Margaret (1988b), « New Japanese Mythologies : Faltering Discipline and the Ailing Housewife in Japan », *American Ethnologist*, vol. 15, pp. 43-61.
- LOCK, Margaret (1993), *Encounters With Aging : Midlife and Menopause in Japan and North America*, Berkeley, University of California Press.
- LOCK, Margaret, KAUFERT Patricia et GILBERT, Penny (1988), « Cultural Construction of the Menopausal Syndrome : The Japanese Case », *Maturitas*, vol. 10, pp. 317-332.
- LONDON, Steve et HAMMOND, Charles, (1986), « The Climacteric », *Obstetrics and Gynecology*, David Danforth et James Scott (dir.), Philadelphie, J. B Lippencott, pp. 905-926.
- LUFKIN, Edward C. et ORY, Steven, (1989), « Estrogen Replacement Therapy for the Prevention of Osteoporosis », *American Family Physician*, vol. 40, pp. 205-212.
- MACK, T. M. et ROSS, R. K., (1989), « Risks and Benefits of Long-Term Treatment with Estrogens », *Schweizische Medizinische Wochenschrift*, vol. 19, pp. 1811-1820.
- MAINICHI DAILY NEWS (1987), entrevue avec Takuro Kobayashi, « Pill Researcher », 23 février.
- MARTIN, Emily (1989), *The Woman in the Body : A Cultural Analysis of Reproduction*, Beacon Press, Boston.
- MITSUDA Kyōko, (1985), « Kindaiteki Boseikan no Jūyō to henkei : Kyōiku suru hahaoya kara ryōsai kenbo e » (L'importance et la transformation de la condition de la mère moderne : de l'éducatrice à la bonne épouse et sage mère), *Bosei o tou* (Qu'est-ce qu'être mère ?), Haruko Wakita (dir.), Kyoto, Jinbunshoin, pp. 100-129.
- MOCHIDA Takeshi (1980) « Focus on the Family », éditorial du *Japan Echo*, vol. 3, pp. 75-76.
- MACHTIGALL, Lila (1990), « Hormone Replacement Therapy », *Highlights from the Sixth International Congress on the Menopause*, Michigan, Beardsley and Company, p. 1.
- National Defence Council for Victims of KARŌSHI (1990), *Karōshi* (La mort par surmenage), Tokyo, Madosha.
- NATIONAL WOMEN'S HEALTH NETWORK (1989), *Taking Hormones and Women's Health*, Washington (D.C.), National Women's Health Network.
- NISHIMURA Hideo (1981), *Josei to Kanpō* (Les femmes et les herbes médicinales), Sōgensha, Osaka.
- NOLTE, Sharon et HASTINGS, Sally Ann, (1991), « The Meiji State's Policy », dans *Recreating Japanese Women, 1600-1945*, Gail Lee Bernstein (ed.), University of California Press, Berkeley, pp. 151-174.
- OGAWA Naohiro (1988), « Population Aging and Medical Demand : The Case of Japan », *Economic and Social Implications of Population Aging, Proceedings of the International Symposium on Population Structure and Development, Tokyo*, New York, Nations unies, pp. 254-275.
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (1990), *World Health Statistics Annual*, Genève.
- OMS (1981), Groupe scientifique, *Research on the Menopause*, Rapport technique n° 670, Genève.
- OUDSHOORN, Nelly (1990), « On the Making of Sex Hormones : Research Materials and the Production of Knowledge », *Social Studies of Science*, vol. 20, pp. 5-33.
- PLATH, David (1980), *Long Engagements*, Stanford University Press, Stanford.
- REID, Robert L. (1988), « Menopause : Part I : Hormonal Replacement », *Bulletin : Society of Obstetricians and Gynecologists*, vol. 10, pp. 25-34.

- ROSENBERGER, Nancy (1992), « The Process of Discourse : Usages of a Japanese Medical Term », *Social Science and Medicine*, vol. 34, pp. 237-247.
- ROSS, Philip D., NORIMATSU Hiromichi, DAVIS, James W., YANO Katsuhiko, WASNICK, Richard D., FUKIWARA Saeko, HOSODA Yutaka et MELTON, L. Joseph (1991).  
« A Comparison of Hip Fracture Incidence among Native Japanese, Japanese Americans, and American Caucasians », *American Journal of Epidemiology*, vol. 133, pp. 801-809.
- SCHORR, Ephraim (1940), « The Menopause », *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 16, pp. 453-474.
- SEARS, Elizabeth (1986), *The Ages of Man : Medieval Interpretations of the Life Cycle*, Princeton, New Jersey, Princeton University Press.
- SHEEHAN, Donald (1936), « Discovery of the Autonomic Nervous System », *AMA Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 35, pp. 1081-1115.
- SHEEHY, Gail (1991), « The Silent Passage : Menopause », *Vanity Fair*, octobre, pp. 222-263.
- SMITH, Robert (1974), *Ancestor Worship in Contemporary Japan*, Stanford, Stanford University Press.
- TOKYO SHINBUN, (1990), « Rôjin kaigo josei ni zushiri » (Le soin des vieillards incombe aux femmes), 13 septembre.
- VERMEULEN, A., DELYPERE J. P., SCHELFHOUT L., VERDONCK L. et RUBENS R. (1982), « Androcentric Function in Old Age : Response to Acute Adrenocorticotropin Stimulation », *Journal of Clinical Endocrinological Metabolism*, vol. 54, pp. 187-191.
- WEINSTEIN, Milton et TOSTESON, Anna (1990), « Cost Effectiveness of Hormone Replacement », *Multidisciplinary Perspectives on Menopause*, Marsha Flint, Fredi Kronenberg et Wulf Utian (dir.), Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 592, New York Academy of Sciences, New York.
- WEISS, Kenneth M. (1981), « Evolutionary Perspectives on Human Aging » *Other Ways of Growing Old*, Pamela Amoss et Steven Harrell (dir.), Stanford, Stanford University Press, pp. 25-58.
- WENTZ, Anne Colston (1988), « Management of the Menopause », *Novak's Textbook of Gynecology*, 11<sup>e</sup> édition, Howard W. Jones, Anne C. Wentz, Lonnie S. Burnett (dir.), Baltimore, Williams & Wilkins.
- WILSON, Robert A. et WILSON Thelma A. (1963), « The Fate of the Nontreated Postmenopausal Woman : A Plea for the Maintenance of the Adequate Estrogen from Puberty to the Grave », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 11, pp. 347-362.
- YAMADA Kazuo (1927), « Kônenki no rinshômen » (Aspects cliniques de la ménopause), *Rinshôigaku* (Médecine clinique), vol. 9, pp. 1095-1102.