



## MÉDICALISATION DE LA MÉNOPAUSE, MOUVEMENTS POUR LA SANTÉ DES FEMMES ET CONTROVERSES SUR LES THÉRAPIES HORMONALES

[Ilana Löwy](#), [Jean-Paul Gaudillière](#)

Éditions Antipodes | « [Nouvelles Questions Féministes](#) »

2006/2 Vol. 25 | pages 48 à 65

ISSN 0248-4951

ISBN 2940146764

DOI 10.3917/nqf.252.0048

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2006-2-page-48.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Éditions Antipodes.

© Éditions Antipodes. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Médicalisation de la ménopause, mouvements pour la santé des femmes et controverses sur les thérapies hormonales

Ilana Löwy et Jean-Paul Gaudillière

Dans le courant de l'année 2003, trois des principales agences de régulation du médicament des pays industrialisés : la Food and Drug Administration américaine, l'Agence française pour la sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et le Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) allemand publièrent des avis dans lesquels ces organismes en charge de l'évaluation des agents thérapeutiques recommandaient de limiter la prescription de traitement hormonal de la ménopause aux seules femmes chez qui les bouffées de chaleur et les symptômes gynécologiques diminuent significativement la qualité de vie. En outre, les trois agences conseillaient de traiter avec les plus faibles doses possibles, et pour une durée maximale de cinq ans. Ces recommandations convergentes ont constitué un véritable choc aussi bien pour les très nombreuses utilisatrices de ces traitements que pour les experts médicaux qui en avaient prôné un large usage, non seulement pour la prise en charge des symptômes accompagnant l'entrée dans la ménopause mais aussi comme moyen de réduire les risques de fracture ou d'accident cardio-vasculaire. L'origine de ce changement de position officiel était la publication d'un essai clinique réalisé aux États-Unis, la Women's Health Initiative (WHI). Issu des mobilisations du mouvement américain pour la santé des femmes, cet essai fut brutalement interrompu en 2002 parce que les femmes y participant et prenant des hormones présentaient une incidence plus élevée de cancer du sein et de problèmes cardio-vasculaires que le groupe témoin. Depuis la publication de la WHI, dans tous les pays industrialisés, professionnel-le-s de santé, institutions de régulation du médicament et organisations de femmes discutent, parfois de façon très polémique, de l'intérêt de ces thérapies hormonales et de la médicalisation de la ménopause.

Le texte qui suit se propose tout d'abord de retracer les origines de l'étude qui a conduit à cette controverse, laquelle a pour point de départ le développement, aux États-Unis, du mouvement pour la santé des femmes et la critique des risques des thérapies hormonales substitutives. Il s'attache ensuite à suivre les conséquences de la publication des résultats de la WHI dans trois pays : les États-Unis, la France et l'Allemagne. L'intérêt

de cette comparaison est double. Il s'agit en premier lieu de montrer la diversité des configurations de discussion, qui renvoie d'une part à la façon dont s'organise localement la régulation du médicament, et d'autre part à l'importance et aux modalités d'intervention collective des femmes dans les processus d'expertise. Il s'agit ensuite d'explorer une convergence inattendue, à savoir celle des choix faits par les utilisatrices potentielles des traitements hormonaux. Alors que les spécificités nationales des systèmes de prescription et de régulation laissaient attendre un fort contraste entre l'évolution des consommations aux États-Unis et en Europe, en quelques années, les réponses des femmes se sont harmonisées, conduisant à une réduction très importante (entre 30 et 50%) et générale des quantités d'hormones prescrites. En conclusion, l'article revient sur les tensions entre ces différents rôles des femmes : comme utilisatrices des hormones, comme expertes ou comme militantes des mouvements pour la santé des femmes.

### Aux origines : faire de la ménopause une « maladie de carence »

Historiquement, les opinions des experts sur la ménopause n'ont jamais été uniformes. Si certains ont souligné les dangers de cette période de la vie, d'autres les ont minimisés, au moins pour les femmes en bonne santé (Stolberg, 1999 ; Barbe, 1994). À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, avec le développement de l'endocrinologie (la science des hormones), la ménopause a changé de nature. Les études sur les événements hormonaux qui caractérisent le cycle féminin ont transformé ce qui était jusque-là un arrêt des règles en une interruption du fonctionnement de l'ovaire et un changement radical des sécrétions de substances sexuelles. La ménopause est devenue, dans la littérature médicale, une « carence hormonale », un phénomène dont l'arrêt des règles n'était plus qu'une manifestation secondaire. Cette redéfinition est allée de pair avec l'apparition d'une nouvelle manière d'opposer le masculin et le féminin, avec la mise en évidence d'une infériorité « manifeste » et « naturelle » de la femme âgée (Carrel, 1935). Alors que les interprétations de la bipolarité sexuelle prenaient un tour résolument moléculaire, faire de la ménopause un état de carence a conduit à voir dans les femmes ménopausées des êtres asexués et relégués dans un *no-(wo)man's land* entre masculinité et féminité.

Cette redéfinition hormonale de la ménopause a aussi rendu imaginable de traiter cette « carence des sécrétions internes » par la fourniture d'un « supplément » qui apporterait aux femmes concernées les substances qui leur manquent. Les premières tentatives dans cette direction furent des thérapies faisant appel à des extraits d'ovaires d'origine animale, le plus souvent de truie, collectés dans les abattoirs (le premier d'entre eux, l'Ovarin de Merck, fut commercialisé en 1899). Dans l'entre-deux-guerres, avec les progrès de la biochimie et la croissance de l'industrie pharmaceutique, ces extraits ont été remplacés par des hormones sexuelles purifiées, des œstrogènes et de la progestérone beaucoup plus actives (Oudshoorn, 1994). Dans les années 30, les traitements hormonaux de la ménopause ont

souvent été défendus par les femmes contre l'avis des médecins spécialistes de la reproduction qui voyaient en eux un mésusage de substances trop rares pour être consacrées à des traitements de « confort ».

Après la Deuxième Guerre mondiale, le traitement de la ménopause a été renommé « traitement hormonal de substitution » ou THS<sup>1</sup>. Sa diffusion très rapide dans les années 60 et 70 a reposé sur une inversion inattendue de perspective. Alors que les spécialistes de la médecine de la reproduction le reprenaient à leur compte, le THS a rencontré une résistance croissante des féministes, notamment nord-américaines. Comme nombre d'entre elles l'ont souligné, la description de la ménopause comme une condition médicale qu'il faut traiter est une construction sociale et culturelle située dans le temps (McCrea, 1983 ; Oudshoorn, 1997 ; Palmlund, 1997). Il s'agit toutefois d'une construction particulièrement réussie. En dépit des critiques, que ce soit celles de la médicalisation ou celle des risques résultant du fait que le traitement hormonal de la ménopause est depuis les années 30 soupçonné d'augmenter la fréquence des cancers gynécologiques, le THS a rencontré un énorme succès. Dans les années 90, 40 à 50% des femmes ménopausées de la plupart des pays occidentaux ont suivi un traitement hormonal pour des motifs de prévention. Cette diffusion extrêmement large est aujourd'hui remise en cause.

### **Le THS comme terrain de contestation : la configuration américaine**

Après la Deuxième Guerre mondiale, en pleine période de « baby-boom » et de glorification de la maternité, la majorité des médecins nord-américains n'étaient pas très favorables au THS. Ils considéraient qu'une femme ayant trouvé son épanouissement comme épouse et comme mère ne saurait avoir de problèmes majeurs lors de la transition vers la ménopause (Houck, 2005). En 1963, un gynécologue de New York, Robert A. Wilson, publia, avec sa femme Thelma, un article qui commençait par la phrase : « Il faut regarder la réalité en face, même si elle est désagréable : toute femme ménopausée est un individu castré » (Wilson, 1963). Pour Wilson, la ménopause impliquait une perte de vitalité, une érosion de la joie de vivre, une diminution des facultés mentales et de graves problèmes de santé. Heureusement, comme il l'écrivait dans *Feminine Forever*, un livre à très grand succès publié en 1966, il existait une solution médicale à cette catastrophe existentielle (Wilson, 1966). La généralisation du traitement hormonal substitutif de la ménopause permettrait aux femmes de rester éternellement féminines et pleines de vitalité. Les idées exprimées dans le livre de Wilson ont, dans les années 60 et 70, été largement reprises par les médias américains et reproduites dans d'autres ouvrages à

1. Le terme THS fut formellement aboli suivant les résultats des essais cliniques qui ont mis en évidence les risques induits par le traitement hormonal préventif chez des femmes saines. Aujourd'hui

(2005), on parle de « traitement hormonal de la ménopause ». Néanmoins, notre article utilise le terme THS car celui-ci est resté en vigueur pendant presque toute la période discutée.

grande diffusion. Ces arguments en faveur du traitement hormonal systématique de la ménopause avaient aussi la faveur des industriels producteurs d'hormones, lesquels ont largement financé les recherches de Wilson et facilité la diffusion de son livre.

Les concepts de Wilson étaient loin d'être acceptés par ses pairs. Jusque dans les années 70, endocrinologues et gynécologues sont restés très réservés face à l'idée d'un traitement systématique des femmes ménopausées. Cette période est pourtant celle où le recours au THS a rapidement augmenté. On peut y voir deux explications. La première est l'efficacité de la propagande des représentants des compagnies pharmaceutiques auprès des médecins généralistes. Un second facteur a été la pression des femmes elles-mêmes, qui avaient lu des articles sur ce sujet dans les magazines féminins et qui demandaient le « nouveau » traitement à leur médecin de famille. Cette position était soutenue par certaines féministes voyant le THS, à l'instar de la pilule, comme des moyens de se libérer des contraintes imposées aux femmes par la biologie ; des moyens qu'il fallait imposer à ces nombreux médecins peu intéressés par les problèmes de santé des femmes (Cooper, 1975).

Les années 70 sont toutefois aussi celles où émerge la contestation des thérapies hormonales. D'autres féministes nord-américaines avaient une vision diamétralement opposée. Pour celles-ci, les accidents cardio-vasculaires ayant frappé les utilisatrices des pilules de première génération, fortement dosées en hormones, démontraient les dangers de ce mode de contraception, et plus généralement ceux des hormones artificielles<sup>2</sup>. Opposées à ce qu'elles ont perçu comme une médicalisation inutile des fonctions normales du corps féminin, certaines ont vu dans la ménopause une étape importante de la vie d'une femme, laquelle doit être reconnue comme telle plutôt que transformée en une « maladie de carence », tandis que d'autres ont mis en avant le fait que dans certaines cultures la ménopause est un non-événement, au point de ne pas avoir de nom spécifique.

La question rebondit en 1975, lorsque des chercheurs nord-américains mirent en évidence une corrélation étroite entre le THS (alors limité à la prise d'œstrogène) et les cancers de l'endomètre. Le National Women's Health Network, une organisation visant à faire pression pour une meilleure protection de la santé des femmes, s'est alors mobilisé aux côtés de la FDA pour imposer l'inclusion, dans les boîtes d'hormones, de notices explicatives avertissant les utilisatrices de l'existence d'un risque cancéreux lié au THS. La mesure fut adoptée par le Congrès en 1978 (Watkins, 2002 ; Ruzek, 1978 ; Weisman, 1998, Morgen, 2002 ; Löwy, 2005). La controverse des années 70 constitue un précédent direct au débat d'aujourd'hui parce qu'elle portait sur le lien entre THS et cancer de l'endomètre, mais aussi

2. L'ouvrage qui a attiré l'attention des femmes, mais aussi de certains médecins, sur ce problème fut le livre de Barbara Seaman, *The Doctors Case*

*Against the Pill* (1969). La publication de ce livre a conduit en 1970 à des auditions parlementaires sur la pilule contraceptive.

parce qu'aux USA, en conséquence de la visibilité publique du problème, la prescription du traitement hormonal de la ménopause chuta de près de 40% entre le milieu et la fin des années 70. Le changement fut toutefois de courte durée. Le nombre des prescriptions remonta dès le début des années 80, dépassant rapidement le niveau de consommation des années 70 (Wyssowky et al., 1995). Les experts annoncèrent avoir trouvé une solution simple au problème du cancer de l'endomètre : traiter les femmes n'ayant pas subi une hystérectomie avec un mélange d'œstrogènes et de progestatifs.

Le principal vecteur de généralisation du THS fut cependant sa transformation de source de mieux-être en un traitement préventif protégeant la santé des femmes en réduisant les risques de maladie. Dans les années 80 et 90, le traitement hormonal n'a plus été présenté aux femmes comme un moyen de rester séduisante et pleine de vitalité mais comme un moyen particulièrement efficace pour éviter les maladies de la vieillesse : l'ostéoporose (la fragilité des os), les maladies cardio-vasculaires, la démence sénile d'origine vasculaire ou les démences du type Alzheimer (Leysden, 1996 ; Kaufert et Lock, 1997).

Malgré la très grande popularité gagnée par le THS, cette thérapie est restée contestée par une partie des médecins et des groupes féministes. Le National Women's Health Network a notamment continué à faire pression sur les responsables politiques et de santé publique pour une évaluation effective des effets de cette prise massive d'hormones. Finalement, en 1991, les Instituts nationaux de la santé (NIH) lancèrent une enquête à grande échelle sur la santé des femmes. Dotée par le Congrès d'un budget de 650 millions de dollars, la WHI a été décrite comme le plus grand essai clinique de l'histoire de la médecine (Mann, 1995). Une de ses composantes était une étude contrôlée et en double aveugle des effets du THS (Women's Health Initiative, 1998).

L'essai WHI devait être poursuivi jusqu'en 2005. Sa branche principale, celle qui incluait des femmes ayant un utérus intact et recevant du Prempro®, un médicament qui combine œstrogène avec un progestatif de synthèse, fut interrompu prématurément le 9 juillet 2002, à cause d'une augmentation du nombre de cancers et d'événements cardio-vasculaires défavorables chez les femmes traitées. Les responsables de la sécurité de cet essai étaient arrivés à la conclusion qu'il n'était pas possible de continuer à administrer des substances aussi dangereuses (Writing Group for the WHI, 2002). La WHI a ainsi confirmé que le THS augmentait le taux des cancers du sein. Mais la plus grande surprise de cet essai a été de révéler une augmentation importante du nombre des accidents cardio-vasculaires, en particulier pendant la première année de la prise d'hormones. Des enquêtes précédentes, plus restreintes et non contrôlées, avaient mis en avant un effet protecteur du THS sur le système cardio-vasculaire. Or, les résultats de la WHI montraient que, loin d'avoir un effet protecteur sur le cœur et les vaisseaux sanguins, le THS avait l'effet opposé. Le traitement hormonal augmenterait aussi nettement le risque de la démence sénile. Enfin, l'étude

ne révélait aucune amélioration de la vie des femmes traitées, à l'exception d'une petite amélioration de la qualité du sommeil, liée sans doute à l'atténuation des symptômes physiques de la ménopause. La seule bonne nouvelle pour les avocats du THS était la confirmation de l'effet protecteur des hormones sur la fragilité osseuse.

Sur cette base, la FDA a modifié la réglementation sur l'usage du THS et imposé une réécriture des notices. Le THS n'est plus indiqué que pour le traitement des symptômes physiques invalidants directement liés à l'absence d'estrogènes. Ni la prévention cardio-vasculaire, ni la prévention de l'ostéoporose ne font plus partie des indications officielles et légitimes. De plus, la FDA recommande un usage de courte durée (jamais plus de cinq ans) en ayant recours aux doses les plus faibles possibles. Surtout, l'agence insiste sur le fait que la décision est le fait des femmes elles-mêmes, lesquelles, une fois informées correctement, sont seules susceptibles de juger de la balance entre bénéfices et risques (Wassertheil-Smoller, 2005). En lien avec la discussion publique des résultats de la WHI et en écho à ces nouvelles recommandations, les prescriptions de traitement hormonal de la ménopause ont, aux États-Unis, fortement chuté (environ 50%) entre 2002 et 2004 (Hersh et al., 2004). Cette réaction rapide peut être interprétée comme une conséquence des prises de position nettes de la FDA, qui ont été peu contestées par les sociétés de gynécologues. Ce choix des autorités de régulation renvoie toutefois à son tour aux pressions du mouvement pour la santé des femmes. Aux USA, en dépit de sa diffusion, le THS n'a jamais cessé d'être un traitement suspect et contesté. Le fait que la WHI ait pour origine une initiative de recherche imposée par le Congrès aux NIH à un moment où le gouvernement Clinton se révélait particulièrement sensible aux arguments des organisations féministes est, de ce point de vue, significatif.

## Hormones à la française : la fin d'une idylle ?

A priori, un mouvement français pour la santé des femmes aurait pu s'appuyer sur la critique des usages des hormones. Cela n'a pas été le cas. Une des raisons possibles de l'absence, en France, d'un questionnement féministe des usages des hormones en général et du THS en particulier est sans doute le fait que les femmes y ont une confiance plus grande dans leurs médecins. Cette confiance a une double dimension. D'une part certain·e·s gynécologues médicaux et gynécologues médicales, membres d'une profession qui s'est très fortement féminisée dans les années 60 et 70, ont participé activement aux luttes pour la légalisation de la contraception et de l'avortement (MFPE, 1982 ; Flageul, 1999 ; Gauthier, 2002). En conséquence, ces gynécologues ont souvent été perçu·e·s comme des allié·e·s et non pas comme des ennemi·e·s ou des expert·e·s indifférent·e·s à la santé des femmes<sup>3</sup>. D'autre part, au-delà de ce

3. Sur ce point, voir les témoignages recueillis par I. Löwy et G. Weisz (2005) lors d'un séminaire rassemblant sociologues et gynécologues.



cas particulier, les débats autour de la santé portent en France d'abord sur les questions de financement, de couverture sociale et d'accès à l'hôpital plutôt que sur le contenu des actes et les pratiques. Cette polarité est renforcée par la faible auto-organisation des malades et par leur peu d'investissement dans les pratiques de contre-expertise (l'expérience des mouvements sida reste exceptionnelle).

Le THS a d'abord été présenté comme une thérapie pour préserver la féminité, pour rester une femme belle et séduisante. Les titres de certains ouvrages, *Comment prolonger sa jeunesse*, *La femme toujours jeune*, *Encore plus femmes : la médecine au service de la liberté* en témoignent (Rozenblum, 1991 ; Ruvieux, 1990 ; Elia, 1993). Dans les années 80, les médecins français ont eux aussi progressivement mis l'accent sur le rôle préventif du THS (Chaby, 1995). Malgré ces parallèles, le THS a suivi une trajectoire spécifique (Löwy et Weisz, 2005). Dans les années 70, les endocrinologues français ont inventé un schéma de traitement qui passait sans rupture de la pilule contraceptive «classique» à une contraception faisant uniquement appel à des progestatifs, dans la période de préménopause, puis à un THS basé sur une combinaison entre un œstrogène et un progestatif.

Comme aux USA, le THS a été largement promu par les experts (notamment l'Association française de l'étude de la ménopause présidée par le Dr Henri Rozenbaum), par les producteurs d'hormones comme Hoescht-Roussel puis Aventis, par les ouvrages populaires et la presse féminine. Là aussi le message «préventif» a joué un rôle croissant, déplaçant le discours sur la sauvegarde de la féminité et l'accroissement du bien-être des femmes. Avant la WHI, le taux de consommation de THS en France était semblable à ceux observés dans les autres pays occidentaux (Ringa et al., 1999). Des études récentes évaluent la prévalence brute du THS parmi les Françaises d'âge compris entre 50 et 69 ans à plus de 40%. Les données collectées à ce jour montrent aussi une consommation forte de THS parmi la tranche d'âge de 50-54 ans et une diminution de cette consommation avec l'âge (Gayet-Ageron et al., 2005).

Compte tenu de la méfiance traditionnelle des médecins français vis-à-vis des essais cliniques basés sur la statistique et de l'absence de pression des organisations de femmes, il n'est pas très surprenant que les premières réactions des gynécologues et des endocrinologues français à la WHI aient été négatives. Pour de nombreux experts français, à commencer par les animateurs de l'AFEM, les résultats de cette étude ne peuvent pas être généralisés à la situation française. La WHI a suivi une population différente, traitée par des substances peu utilisées en France. Ces gynécologues ont mis en avant l'âge relativement avancé des participantes nord-américaines et le fait que leur poids moyen était nettement plus élevé que celui des femmes françaises. Dernier facteur rendant la transposition impossible, les femmes qui ont participé à la WHI avaient été traitées par une combinaison (Prempro®) prise oralement alors que les femmes françaises sont



traitées par des molécules multiples, souvent par voie intradermique (patch). Pour certains spécialistes, cette voie d'administration diminue les risques d'effets secondaires car les molécules actives ne transitent pas par le foie (de Lignières et al., 2002).

Tous les médecins français ne partagent pas ce point de vue. Un rapport de l'Académie de médecine de Paris sur les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause, rédigé à la fin de 2003, acceptait les conclusions de la WHI de limiter le THS au traitement des symptômes avérés de la ménopause, pendant la plus courte période de temps possible (Rocheffort et Sureau, 2003). Les recommandations émises par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) sont plus catégoriques encore. Son premier communiqué, en janvier 2003, requérait simplement de la prudence dans la prescription ; le deuxième, en mai 2004, suivait la position de la FDA et déclarait que le THS ne doit jamais être utilisé à des fins de prévention (Afssaps, 2003a et b, 2004).

Les réactions critiques des spécialistes français de la ménopause, de même que le fait que l'Afssaps n'ait émis des restrictions catégoriques sur l'utilisation de traitement hormonal de la ménopause qu'en mai 2004, peuvent expliquer la lenteur des réactions des femmes françaises aux résultats de la WHI. En 2003, seulement 19% d'entre elles avaient décidé d'arrêter le THS et un quart de celles-ci l'avaient repris par la suite, à des doses diminuées (André, 2003). L'année suivante cependant, les prescriptions de traitement hormonal de la ménopause ont nettement diminué, rejoignant la chute observée un peu plus tôt aux USA. Bien que les données complètes ne soient toujours pas disponibles, celles portant sur la région Rhône-Alpes font état d'une chute de la consommation de 28,3% (Gayet-Ageron et al., 2005). Contrairement à la situation observée aux États-Unis, cette diminution n'est pas la conséquence d'un mouvement organisé des utilisatrices ou des interventions d'un mouvement pour la santé des femmes (les organisations de femmes françaises n'ont rien écrit sur le THS). Il s'agit plutôt de la somme de décisions individuelles, étayées par les nombreux articles que la presse féminine a consacrés à la WHI, de décisions prises dans « l'intimité » des consultations et des logements.

## **Allemagne : la radicalisation des doctresses ?**

En Allemagne, le THS a aussi connu un développement très important dans les années 90. Avant la présentation de la WHI, les femmes allemandes comptaient, en Europe, parmi les principales utilisatrices de THS avec des chiffres tout à fait comparables à ceux des États-Unis : environ 50% des femmes entre 50 et 60 ans y avaient recours et pour une durée moyenne de dix ans (Löwel et al., 2003 ; Heitmann et al., 2005). Initié dès les années 30, le traitement « causal » des symptômes douloureux de la ménopause y était resté marginal jusque dans les années 60 (Gaudillière, 2005).

La situation a commencé à changer dans les années 80 en fonction de deux paramètres. Du côté des gynécologues, la ménopause est devenue un objet d'intervention thérapeutique légitime en lien avec la généralisation des études sur l'ostéoporose et le risque de fracture (Dören et al., 1988). La définition de la carence en œstrogènes comme facteur de pathologie chez la femme ménopausée a ensuite été renforcée par les débats sur la prévention des pathologies cardio-vasculaires. Née à la fin des années 80, la Société allemande de la ménopause s'est ainsi faite le relais d'une nouvelle vision du risque gynécologique dont un des premiers outils d'intervention était le recours aux stéroïdes sexuels (Schneider et al., 1995).

Le THS a alors commencé à être perçu par référence à la pilule, comme une conquête, un objet médical montrant que la prise en compte des problèmes de santé des femmes pouvait ouvrir des espaces de liberté. De façon significative, alors que le mouvement féministe allemand était beaucoup plus intéressé aux questions de santé que son homologue français, il n'a pas produit de discours particulier sur les hormones. Les critiques de la médicalisation, du paternalisme des médecins mâles et des orientations de la médecine d'élite ont débouché sur la création de nombreux centres de santé des femmes. Mais c'est précisément leur modèle alternatif qui a contribué à marginaliser la question des hormones. D'un côté les centres de santé des femmes, *Frauengesundheitszentren*, ont défendu l'accès à la contraception orale. De l'autre, ils ont développé les techniques alternatives au réductionnisme biomédical, insistant sur le rôle des conditions de vie et des états psychiques dans la survenue des maladies, mettant en avant phytothérapie, psychothérapies et techniques corporelles.

Compte tenu de cette histoire, les réalignements provoqués par la controverse sur la WHI sont à la fois marquants et révélateurs. Comme en France, le débat professionnel a été dominé par les tensions entre l'agence allemande chargée de la surveillance du médicament (BfArM) et les spécialistes de la ménopause. La réaction officielle à la WHI est tout à fait comparable aux positions prises par l'Afssaps. L'institut a adopté une vision limitative des indications, désormais ramenées au seul traitement des symptômes douloureux de la ménopause, mais sans qu'il soit jamais question de cette «liberté de décision et de choix informé» mise en avant dans les textes de la FDA. Ce résultat est toutefois issu d'une démarche en deux temps. Dominé par une logique de régulation professionnelle, le cadre initialement proposé par l'agence du médicament consistait en une redéfinition des modalités d'usage préventif du THS. Les nouvelles circulaires redéfinissaient les patients à surveiller, les exclusions à opérer, les manières de limiter les risques de la prise d'hormones. Sans remettre en cause l'idée d'un THS à valeur préventive, l'enjeu était d'éviter les accidents en excluant les personnes qui présenteraient un risque (de cancer ou cardio-vasculaire) trop élevé, que ce soit à cause de leur histoire familiale ou de leur trajectoire médicale personnelle. Ce n'est que dans une seconde phase que l'agence a agi de façon moins consensuelle. En 2004, prenant

acte des choix faits au niveau européen, le BfArM a imposé la traduction dans les textes allemands de la décision de ne plus prôner l'usage préventif du THS sauf la prévention de l'ostéoporose, en cas d'intolérance aux autres traitements<sup>4</sup>.

Cette réécriture des indications a, comme en France, cristallisé les divergences entre l'agence et l'élite des gynécologues. Les animateurs de la société regroupant les spécialistes de la ménopause (Deutsche Menopause Gesellschaft) ont dès l'automne 2002 proposé une vision très limitative des résultats de la WHI. Plus encore que leurs homologues français, les spécialistes allemands ont insisté sur les conditions de prescription du THS. Il n'est en effet pas question dans les arguments de la DMG d'une spécificité de pratique « allemande ». La mise en avant des biais de recrutement de la WHI vise à montrer qu'une part importante de la population de l'essai correspond à des personnes qui étaient déjà « à risque » (principalement cardiovasculaire) car trop âgées, trop grosses ou ayant des antécédents cliniques ou familiaux, des personnes qui n'auraient pas dû être traitées si on se réfère aux recommandations allemandes de bonne pratique. Par ailleurs, la DMG insiste sur le fait que la WHI n'apportait pas d'éléments réellement nouveaux par rapport à ce qui était déjà connu, que ce soit en matière de cancer du sein ou de cumuls des risques vasculaires. La pratique gynécologique garde donc le même objectif : choisir les patientes pour qui les bénéfices du THS sont supérieurs aux risques (Deutsche Menopause Gesellschaft, 2003). Contrairement à leurs homologues américains qui mettent en avant le choix des consommatrices, les gynécologues allemands considèrent que la prise de THS est une décision médicale (pas un choix de vie) dont seul un expert peut évaluer la pertinence au vu du profil de chaque consultante. Leurs recommandations sont donc destinées aux prescripteurs et à eux seuls.

La virulence des réactions de la DMG a en retour contribué à l'émergence d'un discours médical alternatif prenant appui sur la WHI. Porté par quelques spécialistes (femmes) du THS, celui-ci est notamment le fait des gynécologues et généralistes engagées dans le « cercle de travail pour la santé des femmes » (ArbeitsKreisFrauengesundheit), une organisation née en 1994 et regroupant des professionnelles (médecins mais aussi thérapeutes et infirmières) voulant élargir les mobilisations sur les questions de reproduction à l'ensemble des questions de santé spécifiques aux femmes. Pour ses initiatrices, une des priorités de l'AKF était la résistance à une médicalisation entendue comme un processus de pathologisation des corps féminins (Steinle-Paul, 2002).

Jusqu'à la publication de la WHI, les praticiennes de l'AKF étaient réticentes face à la généralisation des thérapies hormonales, mais elles ne

4. Bescheid des BfArM 6.05.2004. EMEA, « Public Statement on Recent Publications Regarding Hormone Replacement Therapy », London, 3.12.2003.

considéraient pas pour autant qu'il s'agissait d'une pratique à déconseiller, ce d'autant moins que son utilité pour la prévention de l'ostéoporose était avérée. La WHI et sa réception par la DMG ont changé la donne, forçant des cliniciennes prises entre leur engagement et leur appartenance professionnelle à durcir le ton (Dören, 2004 ; Dören, 2003). L'AKF s'est ainsi engagée dans une politique d'écriture et de dissémination de ses propres recommandations, en alternative à celles de la DMG. Comparables aux productions du Women's Health Movement, celles-ci font largement appel à l'autonomie de décision des femmes, insistant sur le besoin d'une information complète et critique. La brochure élaborée en 2004 passe ainsi en revue les arguments pour et contre chaque indication du THS pour conclure qu'il n'existe aucune preuve de l'action préventive des thérapies hormonales, et surtout aucune raison autre que ponctuelle de le prescrire (Arbeits-KreisFrauengesundheit, 2004). Pour l'AKF, l'histoire du THS montre bien les difficultés de la médecine à prendre en charge les femmes et à tenir compte des rapports de genre. Mais la solution est plus à chercher du côté des formes professionnelles de régulation plutôt que d'une contre-expertise émanant des groupes féministes. Pour ces praticiennes, les mauvais usages du THS auraient pu être évités si les médecins avaient respecté les règles de l'évaluation scientifique des thérapies, et surtout s'ils étaient moins liés à l'industrie pharmaceutique (ArbeitsKreisFrauengesundheit, 2002).

Les réactions des femmes allemandes aux résultats de la WHI ont, malgré les recommandations des ténors de la gynécologie, été rapides et tout aussi radicales qu'aux USA, avant même les interventions du mouvement pour la santé des femmes et la réécriture des recommandations de l'agence des médicaments. Dès la fin de l'année 2003, la caisse d'assurance maladie GEK notait une baisse notable des prescriptions : moins 15 à moins 20% pour les combinaisons entre œstrogènes et progestatifs. Celle-ci s'est renforcée et généralisée en 2004 avec à nouveau une baisse d'un quart des prescriptions pour la totalité des présentations<sup>5</sup>. La virulence de la controverse professionnelle ainsi que la politique propre des caisses d'assurance maladie qui ont largement diffusé les recommandations de l'institut du médicament ont sans doute contribué à cette réduction des usages. Mais nombre d'observatrices considèrent que celle-ci est d'abord à mettre au compte de décisions prises par les consultantes elles-mêmes au vu des présentations et des commentaires de la WHI publiés dans les médias féminins.

## État des lieux après la controverse

La première remarque qu'appelle cette comparaison entre États-Unis, France et Allemagne concerne la spécificité des situations locales. Celle-ci trouve son origine dans la variété des modes d'organisation professionnelle

5. Idem.

des médecins, la structure des systèmes de soins, l'histoire et le fonctionnement des agences de régulation du médicament, les attitudes des féministes. Au risque du schématisme, on peut caractériser la configuration américaine par la longue durée des controverses sur les usages des hormones industrielles pour traiter les problèmes de santé des femmes. Le statut contesté des thérapies hormonales est certainement lié à la visibilité et au poids politique acquis par le Women's Health Movement issu des mobilisations féministes des années 70. Celui-ci a, dans les années 80, réussi à peser sur les orientations de la recherche et conduit à la mise en place de la WHI. Cette évolution est entrée en résonance avec un processus plus général de transformation des pratiques médicales dans un sens plus consumériste : développement de la publicité directe, individualisation des contrats d'assurance, déplacement des cibles de la chimiothérapie vers le traitement préventif du risque de maladie. De cette conjonction a émergé un mode de régulation faisant une large place à un discours de l'autonomie mêlant critique du paternalisme médical, revendication d'une liberté de choix des usagers de la biomédecine et recherche d'une gestion optimale d'un capital santé individuel. Dans ce cadre, la prise de décision est en dernier ressort le fait des consultantes à qui les professionnel·le·s sont tenus de livrer une information complète pour évaluer risques et bénéfices. La gestion américaine du problème THS a donc associé régulation étatique, vision consumériste et interventions des organisations de femmes.

La configuration française offre un contraste saisissant, les féministes n'ayant fait des questions de santé ni un objectif de mobilisation, ni l'enjeu d'une construction d'institutions autonomes, ni un terrain de contre-expertise. Après la bataille pour la contraception et l'avortement, les Françaises ont souvent vu dans leurs gynécologues des allié·e·s en qui elles pouvaient avoir confiance. Elles ont adopté sans réserves (publiques) les traitements hormonaux proposés par ces expert·e·s, contribuant au développement d'une culture médicale locale qui a donné une place importante au traitement précoce de la ménopause par une variété de molécules. Cette confiance a été renforcée par une régulation du médicament longtemps réservée aux seuls médecins et pharmaciens. Dans ce contexte, les gynécologues français ont fait peu de cas de la WHI. Ils se sont ainsi retrouvés en opposition avec l'administration sanitaire. Née dans la foulée de la crise du sang contaminé, l'agence française responsable du médicament s'est ainsi alignée sur les positions de la FDA. On peut donc parler d'une tension entre régulation professionnelle et régulation étatique sans intervention organisée des usagères.

La configuration allemande présente finalement des traits intermédiaires. D'une part, la place accordée aux professionnel·le·s dans l'évaluation et la normalisation des pratiques médicales est tout à fait comparable à la situation française. Les thérapies hormonales n'ont, dans ce contexte, pas fait l'objet de controverse avant la publication de la WHI. D'autre part, il existe, comme aux USA (même s'il est moins puissant), un mouvement pour la santé des femmes, avec des centres de santé liés aux organisations

féministes et une organisation spécifique des femmes médecins et professionnelles de santé. En réponse aux critiques de la WHI par l'élite des gynécologues, ces dernières ont développé un discours expert alternatif, prenant appui sur les interventions d'une agence du médicament rendue plus autonome par son inscription dans l'espace européen. Le débat sur le THS est donc le révélateur des tensions internes à une régulation professionnelle prise entre mondialisation et mobilisation des usagères.

En dépit de ces différences, les réponses à la crise déclenchée par la publication des résultats de la WHI ont, en fin de compte, été relativement uniformes. Dans les trois pays analysés, et ceci est la principale surprise de notre comparaison, on constate une baisse massive et comparable de la prescription de THS. En outre, cette chute de la consommation se retrouve dans des pays aussi différents que la Suède, le Liban, ou Hongkong (Hoffman et al., 2005 ; Nassar et al., 2005). Comme les situations française et allemande le montrent, cette « fuite » intervient souvent contre l'avis des spécialistes de la ménopause. Ceux-ci continuent à résister à ce qu'ils perçoivent comme une réaction excessive, contraire aux intérêts des femmes. Les arguments utilisés dans les trois pays sont identiques. Il s'agit d'une part des carences méthodologiques supposées de la WHI, avant tout le choix de la population étudiée. Les médecins appellent donc à tester les effets du traitement hormonal de la ménopause sur d'autres populations, en utilisant autres combinaisons des hormones et d'autres modalités d'administration (Modena et al., 2005). Les avocats du THS considèrent aussi que les effets nocifs du traitement hormonal de la ménopause sont impressionnants sur le papier mais ne renvoient toutefois qu'à un risque individuel infime. Celui-ci ne justifierait pas de se priver des bénéfices d'une thérapie capable d'améliorer le bien-être physique et psychique des femmes, même si son rôle dans la prévention des risques est moins important qu'on ne l'avait pensé. Les médecins favorables au THS dénoncent ainsi le « vent de panique » qui a saisi les femmes, mais aussi de nombreux·ses professionnel·le·s.

Pourtant, la question qu'on pose le plus souvent aujourd'hui est moins celle de l'adaptation adéquate du traitement hormonal de la ménopause que celle formulée dans l'éditorial du *Lancet* (le principal journal médical britannique) qui accompagnait les résultats de la Million Women Study : « Comment a-t-il été possible de traiter avec autant de désinvolture la santé des femmes d'âge mûr ? » (« *But how was it possible to reach this low point in the health care provided to middle-aged women ?* ») (Largo-Janssen et al., 2003). La réponse est de toute évidence complexe. Elle doit prendre en considération la structure de la pratique médicale, le pouvoir de la grande industrie pharmaceutique, l'absence de suivi adéquat des effets des médicaments déjà mis sur le marché, l'activisme thérapeutique des médecins (Krieger, Löwy et al., 2005). Un élément décisif dans la trajectoire des thérapies hormonales de la ménopause a toutefois été le développement d'une médecine du risque pour laquelle il s'agit d'utiliser les médicaments moins pour éliminer des conditions existantes que pour empêcher leur survenue



dans des populations cibles et « améliorer » les corps humains. Le recours à ces thérapies de la prévention du risque et de l'optimisation du bien-être amène souvent à prôner une intervention médicamenteuse au long cours, sur des populations importantes (Rothman, 2003). Cependant, parce qu'elles font intervenir des évaluations de long terme et un calcul complexe des rapports entre bénéfices et risques, les convictions sur la validité de ces thérapies sont particulièrement fragiles ; avec en conséquence des effets de mode professionnelle et une volatilité particulière des recommandations.

Tenir compte de ces évolutions de la médecine amène alors à compléter la question du *Lancet* par une autre : pourquoi cet abandon massif des thérapies hormonales de la ménopause alors même que la controverse médicale n'est pas close ? Une première manière d'expliquer la situation serait de considérer qu'en dépit des recommandations des spécialistes de la ménopause, généralistes et gynécologues ont suivi les avis des agences et réduit leurs interventions. Le phénomène a sûrement joué un rôle. Cependant, l'absence d'une parole médicale collective allant dans ce sens tout comme la similitude de la réduction dans des pays où l'influence des agences est très variable suggère l'intervention d'autres facteurs. La perspective retenue ici consiste à souligner la contribution des mouvements pour la santé des femmes et des féministes. Ceux-ci ont fourni nombre d'arguments critiques, développé d'autres formes de prise en charge et permis la réalisation de la WHI. Leur rôle dans la légitimation de l'idée selon laquelle les bénéfices du THS n'étaient pas si évidents a été tout à fait essentiel. Il nous rappelle qu'il y a une longue histoire de cet activisme thérapeutique mis en exergue par les mobilisations autour du sida (Epstein, 1996 ; Barbot, 2002).

Le fait que la chute des prescriptions soit la même en France ou en Allemagne où ce mouvement pour la santé des femmes s'est développé d'une façon très différente qu'aux USA, où il est même parfois absent, montre toutefois que les évolutions sont plus complexes. L'évaluation critique du THS renvoie à la spécificité d'interventions aux frontières du normal et du pathologique ainsi qu'à l'essor du consumérisme médical. Le processus qui a conduit à la dévalorisation du traitement hormonal de la ménopause est la juxtaposition d'une myriade de décisions individuelles prises par des utilisatrices qui puisaient plus souvent leurs informations dans les grands médias féminins que sur les sites des agences de régulation ou sur ceux des centres alternatifs de santé des femmes. Constaté les effets de ce consumérisme médical n'implique pas qu'il faille renoncer à l'idée d'une démocratie sanitaire où patient·e·s et usagers·ères auraient plus de droits, ou encore renoncer à revendiquer la participation des femmes aux débats sur les innovations biomédicales et les choix en matière de santé publique. Cela impose par contre de se souvenir que renvoyer les problèmes de la médicalisation à une gestion appropriée de l'information et à la liberté des consommateurs de technologies médicales n'est pas exempt de dangers, par exemple ceux afférents à l'instrumentalisation des associations par les



experts médicaux ou les industriels du médicament. L'histoire du THS montre toutefois à quel point le choix contraire, c'est-à-dire laisser la régulation exclusivement entre les mains des professionnel-le-s de la médecine n'est pas une solution. Sans la pression d'un mouvement de santé organisé par et pour les femmes, la «plus grande expérience jamais conduite sur les femmes» (Seaman, 2003) aurait sans doute pu continuer pendant très longtemps. ■

## Acronymes

AFEM : Association française pour l'étude de la ménopause

Afssaps : Agence française pour la sécurité sanitaire des produits de santé

AKF : ArbeitsKreisFrauengesundheit

BfArM : Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

DMG : Deutsche Menopause Gesellschaft

FDA : Food and Drug Administration

MFPPF : Mouvement français pour le planning familial

NIH : National Institutes of Health

THS : Traitement hormonal de substitution

WHI : Women's Health Initiative

## Références

- Afssaps (2003a). « Mise au point actualisée sur le traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS) », communiqué du 30 décembre.
- Afssaps (2003b). « Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause », communiqué du 30 janvier.
- Afssaps (2004). « Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause ». *Rapport d'orientation du 11 mai*. Paris : ANAES.
- André, M. (2003). « L'impact de la WHI sur les femmes ». *Quotidien du Médecin*, 12 décembre.
- ArbeitsKreisFrauengesundheit (2002). « Milliardengeschäft mit der Hormonersatztherapie auf Kosten von Frauen », Presserklärung, Februar, 4.
- ArbeitsKreisFrauengesundheit (2004). « Hormone? Eine Entscheidungshilfe », AKF, « Hormoneinnahme bei Hitzewallung, Falten, Figurproblemen? » Pressemitteilung.
- Barbe, Joy Webster (1994). *From « Goodwives » to « Menoboomers » : Reinventing Menopause in American History*. Thèse de doctorat, Université du Minnesota.
- Barbot, Jeanine (2002). *Le pouvoir des malades*. Paris : Balland.
- Carrel, Alexis (1962 [1935]). *L'homme, cet inconnu*. Paris : Plon.
- Chaby, Lucien (1995). *La ménopause*. Paris : Flammarion.
- Cooper, Wendy (1975). *Don't Change. A Biological Revolution for Women*. New York : Stein & Day.
- De Lignères, Bruno, et al. (2002). « Combined Hormone Replacement Therapy and Risk of Breast Cancer in French Cohort Study of 3175 Women ». *Climacteric*, 5, 332-340.
- Deutsche Menopause Gesellschaft (2003). *Empfehlungen zur Substitution mit Estrogenen und Gestagenen im Klimakterium und in der Postmenopause*. Oktober.
- Dören, Martina (2003). « Why the Million Women Study is Important for European Women ». *Maturitas*, 46, 93-94.
- Dören, Martina (2004). « Die WHI-Studie und mehr ». *Pharmazie unserer Zeit*, 33, 366-371.
- Dören, Martina, M. Montag et H. P. Schneider (1988). « Postmenopausal Osteoporosis. Early Diagnosis as an Indication for Preventive Hormone Therapy ». *Radiologie*, 28, 149-152.
- Elia, David (1993). *Encore plus femmes : la médecine au service de la liberté*. Paris : J.-C. Lattès.
- Epstein, Steven (1996). *Impure Science*. Berkeley : University of California Press.
- Flageul, Bénédicte (1999). *L'émergence de la contraception hormonale en France*. DEA d'Histoire des sciences, Université Paris 7.
- Gaudillière, Jean-Paul (2005). « Better Prepared than Synthesized : Adolf Butenandt, Schering and the Trajectory of Sex Steroids ». *Studies in History and Philosophy of the Biological and Biomedical Sciences*, 36, 612-644.
- Gauthier, Xavière (2002). *Contraception, avortement : naissance d'une liberté. Le grand combat des femmes au XX<sup>e</sup> siècle*. Paris : Robert Laffont.
- Gayet-Ageron, Angèle, Nassira Amamra, Virginie Ringa et al. (2005). « Estimated Number of Post-menopausal Women Treated by Hormone Therapy in France ». *Maturitas*, 52 (3-4), 296-305.
- Heitmann, C., E. Greiser, M. Dören (2005). « The Impact of the WHI Randomized Controlled Trial 2002 on Perceived Risk Communication and Use of Postmenopausal Hormone Therapy in Germany ». *Menopause*, 12, 405-411.
- Hersh, Adam L., Marcia L. Stefanick et Randall S. Stafford (2004). « National Use of Postmenopausal Hormone Therapy : Annual Trends and Response to Recent Evidence ». *Journal of the American Medical Association*, 291 (1), 47-53.
- Hoffman, Mikael, Mats Hammal, Karin I. Kjellgren et al. (2005). « Changes in Women's Attitudes Towards and Use of Hormone Therapy after HRS and WHI ». *Maturitas*, 52, 11-17.
- Houck, Judith A. (2005). « The Medicalisation of Menopause in America, 1897-2000 : Mapping the Terrain ». In Daniel Lee Kleinmann, Abby J. Kimchi et Jo Handelsman (Eds), *Controverses in Science and Technology : From Maize to Menopause* (pp. 198-218). Madison : University of Wisconsin Press.
- Kaufert, Patricia et Margaret Lock (1997). « Medicalisation of Women's Third Age ». *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 18, 81-86.
- Krieger, Nancy, Ilana Löwy, Robert Aronowitz et al. (2005). « Hormone Replacement Therapy, Cancer, Controversies and Women's Health : Historical, Epidemiological, Biological Clinical and Advocacy Perspectives ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 5, 740-748.
- Largo-Janssen, Toine, Walter W. Rosser et Chris van Weel (2003). « Breast Cancer and Hormone-replacement Therapy : Up to General Practice to Pick up the Pieces ». *The Lancet*, 362, 414-415.

- Leysden, Bettina (1996). «The Medicalization of Menopause: From «Feminine Forever» to «Healthy Forever». In Nina Lykke et Rosi Braidotti (Eds), *Between Monsters, Goddesses and Cyborgs: Feminist Confrontations with Science, Medicine and Cyberspace* (pp. 173-192). London; New York: Zed Books.
- Löwel, H., M. Heier, A. Schneider, U. Gösele et C. Meisinger (2003). «Hormontherapie. Vergleiche sind zulässig». *Deutsches Arztblatt*, 40, 2008-2009.
- Löwy, Ilana (2005). «Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale? Le Women's Health Movement et les transformations de la médecine aux USA». *Travail, Genre et Société*, 14, 89-108.
- Löwy, Ilana et George Weisz (2005). «French Hormones: Progestins and Therapeutic Variation in France». *Social Sciences and Medicine*, 60, 2609-2622.
- Mann, Charles (1995). «Women's Health Research Blooms». *Science*, 270 (5234), 332-336.
- McCrea, Frances B. (1983). «The Politics of Menopause: The «Discovery» of a Deficiency Disease». *Social Problems*, 31, 111-123.
- Modena, Maria Grazia, Piero Sismondi, Alfred O. Mueck et al. (2005). «Consensus Paper: New Evidence Regarding Hormone Replacement Therapies is Urgently Needed». *Maturitas*, 52, 1-10.
- Morgen, Sandra (2002). *In Our Hands: The Women's Health Movement in the US*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Mouvement français pour le planning familial (1982). *D'une révolte à une lutte: 25 ans d'histoire du Planning familial*. Paris: Tierce.
- Nassar, Anwar H., Hassan M. Abd Essamad, Johnny T. Awwad et al. (2005). «Gynecologists' Attitudes Towards Hormones Therapy in the Post «Women's Health Initiative» Era». *Maturitas*, 52, 18-25.
- Oudshoorn, Nelly (1994). *Beyond the Natural Body*. London: Routledge.
- Oudshoorn, Nelly (1997). «Menopause, Only for Women? The Social Construction of Menopause as an Exclusively Female Condition». *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 18, 137-144.
- Palmlund, Ingar (1997). «The Social Construction of Menopause as Risk». *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 18, 87-94.
- Ringa, Virginie, J. Jaussent, R. Guégen et al. (1999). «Trends in the Use of Hormone Therapy in Eastern France Between 1986 and 1993». *European Journal of Public Health*, 9, 300-305.
- Rocheffort, Henry et Claude Sureau, au nom du groupe de travail de l'Académie de médecine (2003). «Les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause: évolution récente des rapports bénéfices/risques». *Académie de médecine*, Séance du 2 décembre.
- Rothman, Sheila et David Rothman (2003). *The Pursuit of Perfection: The Promise and Peril of Medical Enhancement*. New York: Pantheon Books.
- Rozenblum, Henry (1991). *La ménopause: comment prolonger la jeunesse*. Paris: Mercure de France.
- Ruvieux, André (1990). *La femme toujours jeune*. Paris: Philippe Lebaud.
- Ruzek, Sheryl Burt (1978). *The Women's Health Movement: Feminist Alternatives to Medical Control*. New York: Praeger.
- Schneider, H. P. et al. (1995). «Hormone Substitution in Klimakterium. Empfehlungen der Deutschen Menopause Gesellschaft». *Zentralblatt für Gynaekologie*, 117, 229-232.
- Seaman, Barbara (1969). *The Doctors Case Against the Pill*. New York: P. H. Wyden.
- Seaman, Barbara (2003). *The Greatest Experiment Ever Performed on Women: Exploding the Estrogen Myth*. New York: Hyperion.
- Steinle-Paul, E. (2002). «Weiblichkeit ist keine Krankheit». *ArbeitsKreisFrauengesundheit*.
- Stolberg, Michael (1999). «A Woman's Hell? Perceptions of Menopause in Preindustrial Europe». *Bulletin of the History of Medicine*, 73, 404-428.
- Wassertheil-Smoller, Sylvia (2005). «Postmenopausal Hormones: An Overview». In Daniel Lee Kleinmann, Abby J. Kimchi et Jo Handelsman (Eds), *Controverses in Science and Technology: From Maize to Menopause* (pp. 181-196). Madison: University of Wisconsin Press.
- Watkins, Elisabeth (2002). «Doctor are you Trying to Kill me?» Ambivalences about the Patients' Package Insert for Estrogen». *Bulletin of the History of Medicine*, 76, 84-104.
- Weisman, Carol (1998). *Women's Health Care: Activist Tradition and Institutional Change*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Wilson, Robert A. (1966). *Feminine Forever*. New York: Evans.
- Wilson, Robert A. et Thelma A. Wilson (1963). «The Fate of Nontreated Postmenopausal Woman: A Plea for the Maintenance of Adequate Estrogen from Puberty to the Grave». *Journal of the American Geriatric Society*, 11, 347-362.

(The) Women's Health Initiative Group (1998). «Design of the Women's Health Initiative Clinical Trial and Observational Study». *Controlled Clinical Trials*, 19, 61-109.

Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators (2002). «Risk and Benefits of Estrogen plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. Principal Results from the

Women's Health Initiative Randomised Controlled Trial». *Journal of the American Medical Association*, 288, 321-333.

Wyssowsky, Diane K., Linda Golden et Laura Burke (1995). «Use of Menopausal Estrogens and Medroxyprogesterone in the United States». *Obstetrics and Gynecology*, 85 (1), 6-10.