Francine Saillant

Anthropologue, École des sciences infirmières
et Centre de recherche sur les services communautaires Université Laval.

(1985)

“Le mouvement pour la santé des femmes”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de la collection: "Les classiques des sciences sociales"

Site web: http://www.uqac.ca/Classiques_des_sciences_sociales/

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de l'article de :

Francine Saillant, **"Le mouvement pour la santé des femmes"**.

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, **Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie**. Chapitre 37, pp. 743-762. Québec : Les Presses de l'Université du Québec, l'IQRC (l'Institut québécois de recherche sur la culture) et Les Presses universitaires de Lyon, 1985, 1245 pp.

Mme Saillant est anthropologue à École des sciences infirmières et chercheure au Centre de recherche sur les services communautaires Université Laval.

[Autorisation formelle accordée par l'auteure de diffuser tous ses travaux le 4 novembre 2005.]

Courriel : francine.saillant@ant.ulaval.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format :
LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 19 janvier 2005 à Chicoutimi,
Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Table des matières

Introduction

- I. La santé, préoccupation majeure du mouvement de santé des femmes :
éléments de compréhension

Aspects culturels

Le caractère social du rôle de la mère

Les femmes face au système médical

Longévité et état de santé de la population féminine

Le corps féminin : objet de médicalisation

Remise en question des rapports de pouvoir

- II. Aspects majeurs du mouvement de santé des femmes

Le mouvement pour la santé des femmes : de la démedicalisation à l'auto-santé

L'avortement

La sexualité

La reproduction

L'accouchement

La santé mentale

Le sexisme dans la pratique médicale

- III. Nouvelles avenues du mouvement

La génétique

La santé au travail

Conclusion

Bibliographie

Mme Saillant est anthropologue à l'École des sciences infirmières et chercheure au Centre de recherche sur les services communautaires Université Laval.

“Le mouvement pour la santé des femmes”.

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*. Chapitre 37, pp. 743-762. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'IQRC (l'Institut québécois de recherche sur la culture) et Les Presses universitaires de Lyon, 1985, 1245 pp.

Francine Saillant

Mme Saillant est anthropologue à École des sciences infirmières et chercheure au Centre de re-cherche sur les services communautaires Université Laval.

"Le mouvement pour la santé des femmes".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*. Chapitre 37, pp. 743-762. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'IQRC (l'Institut québécois de recherche sur la culture) et Les Presses universitaires de Lyon, 1985, 1245 pp.

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Le succès qu'a connu l'ouvrage *Our Bodies, Ourselves* du *Boston Women's Health Collective* en 1971, lequel a été traduit en treize langues et fut vendu à des millions d'exemplaires à travers le monde, est probablement le signe le plus probant de la vigueur et de l'importance qu'allait connaître, dans les années soixante-dix, le mouvement pour la santé des femmes. Ce dernier, entièrement relié au mouvement des femmes en effervescence dans les pays occidentaux depuis les années soixante, en constitue cependant la pierre angulaire, en raison de la nature de ses revendications, de l'analyse politique qu'il a générée et de la puissance de mobilisation dont il a été le promoteur. Pour le mouvement de santé des femmes, c'est au niveau de la santé que se traduit le plus entièrement l'aliénation des femmes ; le corps agit, ni plus ni moins, à la manière d'un récepteur où convergent les effets multiples d'un environnement dont toutes les composantes sont interrogées de l'intérieur.

Ce mouvement apparaît mal connu à l'extérieur de son propre cadre de référence et ce, malgré que depuis la fin des années soixante, ses effectifs et son étendue n'aient cessé de croître en nombre ou en force ; il a été l'objet d'une ignorance relative de la part de ceux qui se posent comme les principaux distributeurs de soins en Amérique du Nord et au Québec, c'est-à-dire les médecins, les infirmières et l'ensemble du personnel paramédical. Cette ignorance, nous l'avons dit, reste bien relative puisqu'on lui reconnaît certaines actions, notamment les revendications face au droit à l'avortement ou celles touchant l'approche des soins à l'accouchement. Il semble, toutefois, qu'on néglige de saisir l'ampleur et la portée de son action, tant sur le plan de sa signification que sur celui de l'incidence qu'elle pourrait avoir, une fois mieux connue, dans des domaines tels que ceux de la recherche, de la prévention et de l'intervention en matière de santé. On ignore aussi, bien souvent, que les critiques ainsi formulées ont stimulé tout un courant de recherches à l'intérieur et à l'extérieur des institutions dont l'impact fut et demeure considérable.

Ce texte a donc pour premier but de faire mieux connaître le mouvement pour la santé des femmes par les questions qu'il a adressées à l'appareil médical, par son apport original au domaine de la recherche et par l'instauration et la promotion des nouvelles formes de pratique. Ce texte ne prétend pas à l'exhaustivité en ce qu'il rendrait compte de la globalité des actions et des publications du mouvement : on a plutôt choisi un certain nombre de références-clés, jugées essentielles, lesquelles permettront de guider l'intérêt d'un(e) lecteur(trice) voulant approfondir l'un ou l'autre des sujets abordés ici. On a aussi privilégié (sans toutefois s'y limiter) les sources documentaires issues du mouvement en tant que tel. Ce texte s'adresse ainsi à toute personne se situant à l'extérieur du mouvement de santé des femmes et désireuse de se documenter sur ce dernier.

On a, de plus, restreint le cadre d'analyse à la société nord-américaine, et plus particulièrement, aux États-Unis et au Québec. On a exclu de se pencher sur les actions en cours dans les pays du Tiers-Monde, lesquelles devraient plutôt faire l'objet d'un traitement spécifique en raison de la complexité et de la spécificité des problèmes énoncés par les femmes de ces pays et de la nature fondamentalement

différente, d'ailleurs matière à controverses dans le mouvement international, des revendications qui leur sont propres.

Par ailleurs, bien que le mouvement pour la santé des femmes exerce aussi une influence considérable dans les pays européens par ses réflexions souvent pénétrantes, il ne peut se comparer à la vigueur et à la force d'action de son aile américaine. L'approche nettement pragmatique qu'ont privilégiée les Nord-Américaines, la multiplication des centres de santé pour femmes aujourd'hui organisés en réseau dans tous les États-Unis, la crédibilité politique gagnée auprès du gouvernement, l'originalité et la pertinence de sa problématique sont des facteurs expliquant notre choix de nous pencher exclusivement sur ce dernier. On doit d'ailleurs aux Américaines l'origine même du mouvement.

L'influence de l'approche des Américaines est considérable au Québec bien que, probablement en raison de la forme même de notre système de santé et du faible volume de notre population, le réseau parallèle n'ait encore su atteindre l'étendue que lui ont donnée nos voisines du sud. N'empêche que le mouvement pour la santé des femmes a connu au Québec le début de son effervescence au milieu des années soixante-dix et demeure encore fortement actif à l'intérieur comme à l'extérieur des institutions québécoises. C'est pourquoi on y fera aussi référence tout au long de l'exposé.

On s'intéressera, ainsi, à l'explication du choix de la santé comme force de mobilisation dans l'ensemble du mouvement des femmes. On dégagera, ensuite, les principes généraux énoncés dans le mouvement qui permettent de situer les orientations fondamentales de ce dernier tant sur le plan de son idéologie, de sa recherche que de sa pratique. Certains thèmes ont été, sélectionnés afin de discuter plus spécifiquement des perspectives du mouvement concernant la recherche et les nouvelles pratiques en matière de santé : l'avortement, la sexualité, la reproduction, l'accouchement, la santé mentale. On discutera, à la fin de cette section, de la critique plus générale adressée à l'ensemble de l'appareil médical, concernant le caractère sexiste de certaines de ses pratiques.

La dernière partie aborde les orientations récentes du mouvement et ses perspectives dans le domaine de la recherche. L'impact du virage technologique, annoncé pour les années 80, sera examiné sous l'angle des préoccupations et des inquiétudes qu'il suscite à l'intérieur du mouvement de santé des femmes. Enfin, quelques avenues possibles pour la recherche seront esquissées.

I. La santé, préoccupation majeure du mouvement de santé des femmes: éléments de compréhension

Une première question serait en droit d'être posée : pourquoi la santé est-elle l'un des thèmes sinon le thème le plus mobilisant pour le mouvement des femmes, depuis la fin des années soixante ? Plusieurs explications convergent ici, ayant trait aussi bien à des facteurs d'ordre culturel, que politique et économique.

Aspects culturels

[Retour à la table des matières](#)

Dans la plupart des sociétés, les femmes assurent les soins d'hygiène dans l'unité domestique. Longtemps médiatrices privilégiées entre l'ordre de la vie et de la mort et associées au symbole de fécondité, leur rôle de mère les aura placées dans la position de gardiennes du bien-être du corps (Mathieu, 1971 ; Héritier, 1978). Cela a, d'ailleurs, fait affirmer à des historiennes : « Les femmes ont toujours été guérisseuses (...) elles ont soigné à l'aide de plantes et échangé entre elles les secrets de leurs pratiques. Sans accès ni aux livres, ni à aucun enseignement, les femmes ont exercé pendant des siècles une médecine sans diplôme ; elles ont formé leur savoir au contact les unes des au-

tres, le transmettant dans l'espace et dans le temps, de voisine en voisine, de mère en fille » (Fillipetti et Trottereau, 1978, p. 30, cité par Collière, 1982, p. 37).

Le corps des femmes est la première « maison de soins » que l'humanité aura connue ; lieu des règles de la conception et de l'enfantement, ce dernier occupera au long des siècles et dans toutes les sociétés, une place symbolique de premier choix (Ardener, 1975). Assurant la reproduction de l'espèce, les femmes seront donc les détentrices privilégiées des savoirs reliés à l'alimentation, à l'hygiène, à l'accouchement, aux soins à l'enfant. Elles seront placées au centre d'une multitude de pratiques rituelles tournées vers les soins au corps dont elles détiendront les secrets de l'exécution et de la transmission.

En plaçant la santé, mais aussi le corps, au centre de ses préoccupations, le mouvement des femmes s'est donc, en partie, inscrit dans la continuité de cette tradition séculaire de la femme soignante et reproductrice. Cependant, ce rapport à la tradition n'explique pas, à lui seul, la centralité de la santé comme lieu de mobilisation pour le mouvement de santé des femmes.

Le caractère social du rôle de la mère

[Retour à la table des matières](#)

Les transformations globales survenues depuis la dernière guerre pourraient également avoir joué un certain rôle dans la nouvelle vague de féminisme qu'a connue l'ensemble du monde occidental, mais aussi dans la forme qu'ont prise les revendications à l'intérieur dudit mouvement.

La découverte de moyens contraceptifs chimiques efficaces (malgré qu'ils ne soient pas tous sans effet nocif à moyen et à long terme) ainsi que les modifications survenues dans l'organisation sociale de la plupart des pays occidentaux depuis la dernière guerre (baisse de la fécondité, urbanisation, ouverture sensible au marché du travail salarié pour la population féminine) auront amené un certain nombre de

femmes à analyser leur rôle de mère comme un rôle social historiquement déterminé, dépassant leur spécificité biologique. On situera ce rôle au-delà d'une capacité soi-disant naturelle découlant de la capacité physiologique de reproduction en distinguant justement capacité de reproduction et rôle social maternel.

Pour ce mouvement, ce n'est donc pas la maternité qui aura été comme telle rejetée, mais le confinement à cette dernière. Voyant dans cette obligation la source d'aliénation ultime des femmes, les débats entourant les moyens de contrôler davantage leur corps dans ses fonctions reproductrices, c'est-à-dire l'avortement et la contraception, deviendront rapidement des éléments moteurs du mouvement.

Le mouvement pour la santé des femmes s'inscrit donc aussi en rupture radicale de la tradition : le corps féminin n'est plus un lieu sacré et sanctifié, symbole de fécondité et source unique de valorisation, mais bien aussi le lieu d'une aliénation, sinon son symbole ultime, et dans cet esprit, c'est ce corps qu'il faudra libérer pour sortir de l'asservissement.

Les femmes face au système médical

Longévité et état de santé de la population féminine

[Retour à la table des matières](#)

En conséquence de ce mouvement de conscientisation, relié à la nécessité de se réapproprier le contrôle de son corps, le mouvement féministe a également fait ressortir que les femmes représentent l'une des populations les plus touchées par les services médicaux. Les spécialités de l'obstétrique, de la gynécologie et de la psychiatrie ont en effet consacré une attention toute particulière au sexe féminin. Au Québec, à titre d'exemple, le nombre de contacts médecin/patients pour 1 000 habitants fut, en 1981, de l'ordre de 4 575 chez les hommes et de 6 538 chez les femmes (RAMQ, 1982).

Bien que les statistiques sur la longévité démontrent depuis 1900 que les femmes, dans les pays occidentaux, vivent en moyenne plus longtemps que les hommes (Ortmeyer, 1979 ; Verbrugge, 1976), il n'est pas certain que ces résultats soient directement attribuables à l'utilisation régulière et intensive qu'elles font des services médicaux. En effet, il semble que la surmortalité masculine soit davantage révélatrice d'un mode de vie propre aux gens de sexe masculin : forte consommation d'alcool et de tabac et exposition à certains facteurs de risque sur les lieux de travail expliqueraient surtout ce phénomène. Les modifications introduites dans le mode de vie de la population féminine, se rapprochant de plus en plus de celui de la population masculine (l'incidence du tabagisme, par exemple, est en hausse chez les femmes), pourraient d'ailleurs, dans l'avenir, modifier ces statistiques de longévité (Santé et Bien-Être Social Canada, 1981).

Une étude épidémiologique a également démontré que, si les femmes atteignent un âge plus avancé, elles sont aussi plus enclines aux maladies chroniques (Verbrugge, 1976). On a aussi fait la preuve que la population féminine âgée a signalé un indice de satisfaction à la vie beaucoup plus bas que celui de la population masculine. Ainsi, si les femmes vivent plus longtemps, elles ne vivent pas mieux nécessairement. L'enquête Santé Canada montrait, d'ailleurs, que les femmes de 65 ans et plus déclaraient davantage de problèmes de santé que la population masculine, tant sur les plans physique qu'affectif (Santé et Bien-Être Social Canada, 1981). La moitié des femmes de 65 ans et plus vivaient, de plus, en deçà ou au niveau du seuil de pauvreté (Dulude, 1979).

Le corps féminin : objet de médicalisation

[Retour à la table des matières](#)

En plus des considérations reliées à la longévité, on a maintes fois constaté que le corps des femmes a été l'objet d'une médicalisation croissante, en particulier depuis la dernière guerre mondiale (Nathanson, 1975 ; Mechanic, 1976). Si l'ensemble de la population a été touché par cette vague de médicalisation, il semble par ailleurs que chez

les femmes, la période de fécondité serait à cet égard particulièrement critique et fournirait, sous de nombreuses formes, tous les prétextes voulus pour intervenir professionnellement : habitudes de prescription des méthodes dures de contraception, approches interventionnistes de l'accouchement, recours aux techniques chirurgicales à des fins esthétiques, contrôle hormonal de la ménopause, etc. (CSF, 1981).

En résumé, trois arguments nous permettent donc d'expliquer la centralité de la santé comme thème privilégié de mobilisation pour l'ensemble du mouvement des femmes : 1) l'influence de la position culturelle des femmes dans les pays euro-américains (attribution aux femmes de qualités naturelles de soignantes, conséquence de leur pouvoir de reproduction), 2) les transformations globales du monde occidental survenues depuis la dernière guerre qui ont permis l'émergence d'un mouvement de conscientisation autour du rôle joué par les femmes dans ces sociétés et, enfin, 3) la médicalisation croissante de la vie des femmes qui a pu être observée, en même temps qu'une forte insatisfaction de cette clientèle face aux services médicaux.

Remise en question des rapports de pouvoir

[Retour à la table des matières](#)

Un quatrième argument pourrait aussi se greffer aux précédents. Il semble, en effet, que pour l'ensemble du mouvement, le corps soit perçu comme le lieu ultime de l'aliénation, le lieu même de l'expression des rapports de pouvoir sexués sous des formes diversifiées (pouvoir religieux, économique, politique) dans les sociétés euro-américaines. Les conséquences néfastes de ces rapports de pouvoir se traduiraient plus significativement au plan de la santé : les femmes utiliseraient davantage le langage de la maladie en consommant les services qui s'offrent à elles (Levy, 1976 ; Mechanic, 1976) tandis que l'appareil médical verrait en elles une clientèle de premier choix (RAMQ, 1979). La structure de l'appareil médical, basé entre autres sur la non-réciprocité de la relation thérapeutique, ainsi que la dominance de certaines représentations culturelles de la féminité favorise-

raient des relations de pouvoir entre soignant(e)s et soigné(e)s dans les institutions et expliqueraient une partie de l'écart entre le nombre de services médicaux distribués aux femmes et aux hommes, depuis la dernière guerre.

C'est, aussi, pourquoi la santé a été et demeure la source d'inspiration et de mobilisation pour l'ensemble du mouvement des femmes et ce, particulièrement en Amérique du Nord et au Québec.

II. Aspects majeurs du mouvement de santé des femmes

Le mouvement pour la santé des femmes : de la démedicalisation à l'auto-santé

[Retour à la table des matières](#)

Le mouvement pour la santé des femmes est né, comme on le sait, après les années soixante et, ce, parallèlement à un mouvement alors plus vaste, celui pour l'égalité des droits aux États-Unis. Il a débuté avec la lutte pour la libéralisation des lois sur l'avortement et fut stimulé également par les nombreuses expériences de mise en commun des problèmes dans les *consciousness raising groups* (Dreifus, 1977). Les participantes ont réalisé alors qu'elles ne pourraient se libérer uniquement en ayant accès à des salaires égaux ou à une représentation électorale accrue mais aussi en contrôlant leur propre potentiel de reproduction (Marieskind et Ehrenreich, 1975).

Cette analyse a, entre autres, rendu possible la naissance des revendications pour le droit à l'avortement : le mouvement fit alors face à des obstacles nombreux posés par les gouvernements et par les appareils juridique et médical. Les quelques succès obtenus, grâce aux demandes répétées du mouvement, n'ont pas empêché certaines analystes de questionner la pertinence des réponses médicales : devait-on

effectivement désirer des services accrus et encore plus diversifiés (et ainsi étendre le pouvoir médical) ou tenter de donner naissance à une reconfiguration complète de la pratique médicale ? C'est vers la deuxième solution que le mouvement s'est plutôt dirigé, en donnant peu à peu naissance à un réseau complet de centres de santé pour les femmes sur tout le territoire américain.

Des femmes ont ainsi tenté d'ouvrir la voie à une approche déprofessionnalisée de la santé, basée principalement sur les sept principes suivants (Ruzek, 1978) :

1. Démédicalisation.
2. Réappropriation du corps.
3. Mise en circulation de l'information.
4. Multiplication des ressources autres que médicales et augmentation des possibilités de choix dans les thérapies.
5. Développement des mécanismes d'intervention des usagères dans les lieux de décision.
6. Obtention des services non existants quand il y a lieu.
7. Développement de mécanismes autonomes d'intervention par les femmes.

Selon Marieskind et Ehrenreich (1975), ces femmes ont rouvert la voie à une approche communautaire de la santé en tentant de définir elles-mêmes la normalité de leur corps et d'élaborer leur propre mode de connaissance. Elles se sont, sur ce plan, démarquées du mouvement de santé communautaire parce qu'elles ne pouvaient pas voir dans une plus grande accessibilité des services une réponse à leurs problèmes de santé. Cette contradiction a rendu possibles non seulement la remise en question des influences de notre type d'économie sur les services, mais aussi les interrogations sur la *nature* des soins prodigués et ce, dans le but très net de formuler et de concrétiser de nouvelles approches en matière de santé, en favorisant la socialisation accrue de la relation thérapeutique, les approches collectives, la réciprocité et l'appropriation communautaire de la technologie.

Ce mouvement privilégie l'auto-santé comme principe de sa réflexion et de son action. Il cherche avant tout l'appropriation des connaissances par les groupes, le partage de ces dernières entre ses

membres, la remise en question de toute forme de pouvoir en matière de santé et, aussi, la genèse d'un mode de connaissance du corps et de la santé qui serait propre aux usagères.

L'avortement

[Retour à la table des matières](#)

L'avortement représente dans l'esprit du mouvement le moyen le plus efficace qu'auraient les femmes pour contrôler leur corps et, particulièrement, leur potentiel de reproduction. Bien que l'avortement ait été connu d'un grand nombre de sociétés comme moyen de mettre fin à des grossesses non voulues (Devereux, 1967), ce dernier est toutefois aujourd'hui l'objet d'interdits venant surtout des autorités religieuses, légales, médicales et politiques. La résistance à offrir des services de ce type à l'ensemble des femmes s'avère encore très fortement ancrée parmi les personnes reconnues responsables des décisions relatives à ces services et probablement aussi dans une certaine partie de la population. Elle est reconnue dans le mouvement comme le symptôme d'une résistance à laisser aux femmes le contrôle de leur corps : c'est pourquoi, dans cette optique, la lutte pour l'avortement est perçue, d'abord et avant tout, comme une lutte de pouvoir. Malgré certaines mesures d'assouplissement ayant été accordées aux États-Unis et au Québec, l'avortement libre et gratuit demeure loin d'être acquis.

C'est, par ailleurs, en 1970 que le premier collectif de femmes regroupées autour des questions relatives à l'avortement s'est constitué dans l'État de l'Illinois aux États-Unis. Ce groupe décida de procéder lui-même à des services d'avortements. En quatre ans, il en réalisa ainsi 11 000 (Dreifus, 1977). De ce collectif naquirent les principes des cliniques d'auto-santé appliqués maintenant dans les milliers de centres de santé pour femmes. On y développa des connaissances originales, entre autres, sur les techniques d'avortement et sur la gynécologie. C'est également à partir de cette première clinique qu'on développa l'idée de l'auto-examen gynécologique.

La sexualité

[Retour à la table des matières](#)

En plus de la question du droit à l'avortement, le mouvement s'est aussi intéressé à critiquer l'image monolithique d'une sexualité des femmes qui ne serait qu'appendice ou reflet de l'inversion de la sexualité dite masculine.

Les représentations du corps féminin, à la fois déifié par la maternité, asexué, ou celles d'une sexualité à la fois marquée par le débordement et l'absence de limites à faire jouir, ont été situées dans le contexte culturel qui a rendu possible l'émergence d'images perçues comme non conformes à la réalité telle que disent la vivre les femmes.

Des recherches ont plutôt mis en évidence la multiplicité des facettes de la sexualité des femmes aussi bien que la singularité de l'expérience de chacune, les figures de l'aliénation que prennent pour elles l'intériorisation d'images et de discours sanctifiants ou infériorisants et, surtout, les effets nocifs de ces stéréotypes sur la construction positive de l'identité, facteur essentiel pour la santé mentale (Irigaray, 1975 ; Hite, 1977 ; Corbeil, 1979).

On a, de plus, souligné le rôle de la médecine ainsi que celui de certaines réductions issues de la psychanalyse freudienne dans la perpétuation de cette mythologie. On aura alors découvert que la culture et la science sont des lieux sexués (Stéhélin, 1977).

La reproduction

[Retour à la table des matières](#)

Dans le domaine de la reproduction, on remettra en question la recherche sur la contraception centrée sur les méthodes dures (contraceptifs oraux, stérilet) et négligeant de ce fait la recherche sur les mé-

thodes douces (diaphragme, éponge contraceptive, cap cervical) (Seaman, 1977). On reprochera au monde scientifique qu'il permette que 80% des chercheurs soient des hommes alors que ces derniers n'auront jamais à utiliser la méthode qu'ils mettent au point. L'absence de moyens contraceptifs, non nocifs au plan de la santé, entraîne de plus un nombre croissant de femmes à recourir à la stérilisation définitive comme solution de rechange (Lapierre et Gratton, 1975). Le mouvement de santé des femmes cherchera plutôt à promouvoir un changement dans les priorités de recherche et à intéresser les scientifiques aux méthodes douces pour les femmes et les hommes, afin d'éviter le recours à des moyens extrêmes (la stérilisation, notamment) à des fins de contraception, mais aussi pour que n'incombe pas seulement aux femmes l'entière responsabilité de la contraception.

En évitant la médicalisation de la contraception, on désirera aussi échapper au cercle vicieux de la dépendance face au pouvoir médical et aux compagnies pharmaceutiques, comme c'est le cas encore actuellement.

L'accouchement

[Retour à la table des matières](#)

C'est vers le XVIIIe siècle qu'on situe, en Europe, le début de l'appropriation médicale de l'accouchement et de la secondarisation du rôle des sages-femmes. Au XIXe siècle, on découvre les vertus analgésiques de l'éther et, en 1847, en Écosse, James Simpson l'utilisa pour la première fois durant l'accouchement (Rich, 1977) ; il rencontra une opposition sévère de la part des théologiens. Le concept de femme souffrante, associé fortement à celui de femme-mère, alors que régnait le mythe victorien de la fragilité physique des femmes (et celui de leur frigidity « naturelle »), ne pouvait sans heurts être remis en question. C'est à cette époque, ne l'oublions pas, qu'on voit dans l'éducation un danger pour les femmes d'atrophier leurs organes reproducteurs.

Au XXe siècle, on donna aux femmes la possibilité d'accoucher sans anesthésie locale ou totale ; si on délivre les femmes des douleurs normales de l'accouchement, un grand nombre d'entre elles, placées en état de demi-impuissance, affirmeront plus tard se sentir étrangères à leur propre corps et au processus de l'accouchement. C'est dans les années quarante qu'un obstétricien anglais, Dick Read, développa une approche de la relaxation spécifique pour l'accouchement, reliant les douleurs à des facteurs d'ordre psychologique, notamment à la peur, et à la tension. On sait aussi que dans les années trente les Russes tentèrent d'appliquer les principes de Pavlov à la préparation à la naissance, en développant une approche de suggestion (Rich, 1977).

De ces découvertes naîtront les approches contemporaines de soins à l'accouchement. L'une des grandes tendances favorisera l'usage de la technologie de pointe et la nécessité de la présence d'un médecin. On postulera que l'acte de faire naître comporte suffisamment de risques pour la mère et pour l'enfant pour justifier l'accouchement à l'hôpital et la proximité de tous les moyens sophistiqués disponibles : l'accouchement apparaîtra, jusqu'à un certain point, homologue à n'importe quel acte chirurgical, sous la responsabilité entière d'un professionnel. Dans l'esprit de cette approche, seules les connaissances de la médecine peuvent dompter une nature incertaine, productrice de vie et de mort dont les femmes sont détentrices.

L'autre tendance postulera plutôt que l'accouchement peut se réussir en tenant compte de la participation active et volontaire de la mère et en mettant au point des méthodes psycho-prophylactiques de respiration rigoureuse : dans cette perspective, la nature, c'est-à-dire les douleurs pendant l'accouchement, peut se contrôler mécaniquement et sans moyens extraordinaires. On laisse ici à la femme un rôle actif tandis que l'élimination de sa souffrance tombe sous sa responsabilité : elle doit apprendre à appliquer efficacement les techniques qui lui permettront de contrôler la nature qu'elle porte ... Les tenants de cette approche ont tendance à magnifier la nature faisant de la femme le lieu par excellence de l'expression de cette même nature : l'accouchement réussi rapproche et réconcilie la communauté face à cette dernière. L'aboutissement de cette tendance s'est cristallisé autour de l'expérience de la clinique de Pithiviers en France mise de l'avant par Michel Odant.

Les approches précédemment décrites ont en commun d'être pensées et mises de l'avant par des hommes et surtout de se proposer généralement comme panacée universelle : c'est là la critique essentielle qu'ont formulée les mouvements féministes aux différents spécialistes de l'accouchement, dénonçant le mythe de l'accouchement sans douleur (Jaubert, 1979) et critiquant toute tentative d'enlever aux femmes la responsabilité et la richesse de l'expérience de l'accouchement. Le mouvement s'est particulièrement fait entendre en mettant en évidence la diversité des vécus de femmes pendant la grossesse et l'accouchement et en soulignant la nécessité de pouvoir recourir à différentes formes d'approche de la naissance, incluant bien sûr les moins médicalisées.

Le mouvement féministe cherche aussi à redonner aux sages-femmes leur droit d'exercice et prône le retour aux méthodes douces ainsi que la possibilité de l'accouchement à la maison, en relativisant les succès des techniques superspécialisées et en tentant de redonner à l'expérience de l'accouchement le statut d'une expérience propre aux femmes, et cela, à part entière (ASPQ, 1982). En ce sens, le mouvement féministe rejoint les revendications de l'ensemble du mouvement pour l'humanisation des soins à la naissance.

La santé mentale

[Retour à la table des matières](#)

La psychiatrie a été l'objet depuis vingt ans de critiques solides, venues principalement de théoriciens intéressés à comprendre la réalité de la santé mentale d'un individu placé dans le contexte d'un environnement socio-culturel et en interaction avec ce dernier. Les critiques issues du mouvement féministe, plus récentes, s'inscrivent à la suite des travaux de l'anti-psychiatrie et nous éclairent sur la situation des femmes en tant que soignées dans un univers institutionnel qui a souvent été comparé à celui de la culture carcérale (Szaz, 1961, Laing, 1970). L'inquiétude des féministes dans ce domaine est née, particu-

lièrement aux États-Unis, de statistiques alarmantes quant au taux élevé d'hospitalisation et de consultation des femmes dans les hôpitaux et cliniques psychiatriques. L'ouvrage de Chesler (1972), contestable à bien des égards en raison de ses faiblesses méthodologiques, s'est avéré toutefois la première étude entièrement consacrée à cette question.

Ce cri d'alarme a été le symptôme initial d'une contestation de fond qui a secoué, surtout depuis les huit dernières années, tout l'appareil psychiatrique.

Les influences des freudiens orthodoxes qui placent le déterminisme biologique au centre de l'explication de l'infériorité « naturelle » des femmes, de leur soi-disant passivité et de leur risque élevé à sombrer dans la névrose ou l'hystérie, ont été interrogées. Des recherches ont montré que la surreprésentation des femmes consultant dans les milieux de la psychiatrie pourrait, entre autres, s'avérer une conséquence de l'influence de stéréotypes sexistes chez les professionnels dans leur manière de poser le diagnostic et de classer les troubles présentés par les femmes (Broverman, 1970 ; Lennane and Lennane, 1973 ; Smith, 1975).

On a aussi souligné l'apport de l'intériorisation d'images négatives ou infériorisantes sur la santé mentale des femmes, ainsi que celui des exigences élevées et contradictoires qu'ont posées aux femmes l'ensemble des transformations sociales depuis la dernière guerre (Gove, 1972 ; Brown, Bhrolchain, Maire and Harris, 1985 ; Corbeil, 1979).

D'autres recherches ont rappelé la médicalisation excessive des femmes sur le plan pharmacologique, entre autres les médicaments psychotropes (Cooperstock, 1978 ; Nadeau, 1979).

Le mouvement pour la santé des femmes, déçu des réponses selon lui non satisfaisantes des institutions, a promu des approches non sexistes ou féministes en psychothérapie en mettant de l'avant un modèle où la relation thérapeutique se déroulerait en fonction d'une plus grande égalité des partenaires (réciprocité) et au moyen duquel on tiendrait compte de la position socio-culturelle des femmes et des demandes posées par l'environnement dans l'analyse des problèmes et

des réponses thérapeutiques à ces dernières (Rawlings et Carter, 1977).

Le sexisme dans la pratique médicale

[Retour à la table des matières](#)

Un certain nombre de critiques ont été adressées par le mouvement pour la santé des femmes à l'ensemble de la profession médicale, mais aussi aux autres professions intéressées au domaine de la santé (par exemple, la psychologie et le service social dans le domaine de la santé mentale).

L'une d'entre elles porte sur les conditions réelles d'objectivité dans l'exercice de ces professions (Howell, 1974).

On sait que l'exclusion historique des femmes de l'exercice de la médecine a été longuement justifiée par l'argument selon lequel les femmes seraient, pour des raisons biologiques inhérentes à leur nature, incapables d'objectivité scientifique, contrairement aux hommes (Ehrenreich, 1974). Ainsi, par exemple, les sages-femmes ont perdu leur droit d'exercice et se sont vues supplantées par des spécialistes de l'obstétrique ou de la gynécologie. C'est la culture des femmes en tant que soignantes qui, peu à peu, s'est vue écartée du monde du savoir scientifique, comme d'ailleurs il en fut du même sort Pour l'ensemble des traditions populaires en matière de santé face au modèle biomédical (Boltanski, 1971). La mise au ban de cette tradition n'a toutefois pas entraîné sa disparition comme nous le prouve le mouvement de renaissance des pratiques traditionnelles et de la médecine douce.

Les stéréotypes attribués aux femmes se seraient manifestés à la fois au plan du contrôle exercé par les institutions quant à l'accessibilité à la pratique médicale (les reléguant au monde du paramédical : p.ex., le nursing, la réadaptation, la diététique) ainsi qu'au plan de la forme des pratiques professionnelles exercées à l'endroit de la clien-

tèle de sexe féminin. Ainsi, « pour les médecins, le mythe de la fragilité sert à disqualifier les femmes en tant que soignantes et aussi à les surqualifier en tant que soignées » (Ehrenreich et English, 1973, p. 23. Traduction personnelle).

Cette idéologie a graduellement placé les femmes dans une situation de dépendance vis-à-vis la profession médicale, pour laquelle elles demeurent une clientèle de premier choix.

Certaines recherches ont permis de mettre au jour les biais sexistes qui caractériseraient le savoir et la pratique médicale contemporains. Entre autres, l'analyse de contenu de textes médicaux (Scully et Bart, 1973 ; Howell, 1974 ; Saillant, 1980 ; Coquatrix, 1981), celle des modes de communication médecin/ patiente (Wallen, Waitzin et Stoecle, 1979), l'étude des modalités d'exercice et de décision dans la profession médicale (Franckfurt, 1974) ont amené à contextualiser l'appareil médical, socialement conditionné et soumis à des contraintes d'ordre politico-économique. La position socio-culturelle des femmes et l'évolution spécifique des rapports entre les sexes dans les sociétés euro-américaines s'ajouteraient, par ailleurs, à ces premières influences.

Ces facteurs expliqueraient ainsi les différences observées entre les hommes et les femmes dans l'identification des problèmes médicaux et dans les réponses apportées à ces mêmes problèmes.

III. Nouvelles avenues du mouvement

[Retour à la table des matières](#)

Les transformations sociales imposées par l'introduction et la généralisation progressive de l'usage de certains moyens technologiques dans le monde moderne posent actuellement au monde la recherche de nouvelles questions, auxquelles le mouvement pour la santé des femmes devra contribuer (et contribue déjà) sur le plan de ses investiga-

tions scientifiques et aussi sur celui de la pertinence des critiques sociales qu'il saura mettre de l'avant.

Les domaines de l'ingénierie génétique et de l'informatique attireront ici notre attention.

La génétique

Ainsi, une question se pose de façon abrupte au mouvement pour la santé des femmes et à tous les milieux de recherche concernés : quelles sont les conséquences des manipulations génétiques sur la santé des femmes, tant sur le plan de leur identité que sur celui de leur équilibre bio-psycho-social ? Pat et Hanmer suggéraient déjà, en 1979, d'analyser la génétique comme un nouveau type de contrôle du pouvoir de reproduction des femmes par les hommes ; la reproduction forcée (incitation systématique à la maternité) et l'interdiction de la reproduction (retombée possible des manipulations génétiques) seraient deux aspects d'une seule et même chose. Plus clairement, quels intérêts défendra-t-on en privilégiant tel matériel génétique plutôt que tel autre ? Les réponses à ces interrogations sont lourdes, tant sur le plan de la vie sociale des femmes, que sur celui de l'évolution de l'espèce humaine. Elles soulèvent, de plus, des critiques sévères quant au rôle majeur joué par la recherche scientifique dans le futur, particulièrement en biologie moléculaire.

La santé au travail

[Retour à la table des matières](#)

Une autre question préoccupe, de plus en plus, le mouvement pour la santé des femmes : quel sera l'impact de l'informatisation croissante de la société sur la santé des femmes étant donné qu'il est prévu que ces dernières compteront pour une grande partie de la main-d'œuvre dans ce secteur de l'activité économique ? On s'interroge, en effet, sur les conséquences de l'isolement accru entraîné par certaines tâches qu'on choisira d'accomplir à la maison en se procurant des ordinateurs

personnels : quelles en seront, par exemple, les répercussions sur le plan de la santé mentale de la population des femmes impliquées dans ce choix ? Quel pourrait être le résultat à moyen et à long terme de la manipulation des appareils propres au monde de la bureaucratie ? On sait déjà que les tâches répétitives et l'ennui sont des causes de stress et des facteurs possibles précédant l'émergence de certains troubles sur le plan de la santé. L'effet des rayons ionisants émanant des écrans cathodiques est, de plus, la source d'un débat scientifique loin d'être clos.

La recherche en santé au travail, encore trop peu exploitée et dominée par l'approche certes contributoire, mais aussi limitative, de l'épidémiologie, gagnerait à se pencher davantage sur les problèmes nouveaux que pose la présence massive des femmes sur le marché du travail salarié. Il y a là matière à un vaste champ d'investigations mais aussi au renouvellement même de la recherche sur les plans épistémologique et théorique.

L'orientation des recherches, en ce domaine, porte traditionnellement sur les risques inhérents à certains milieux de travail pour les femmes en période de grossesse, mettant l'accent soit sur la santé du fœtus, soit sur celle de la mère. Les critiques formulées par le mouvement féministe rappellent, cependant, les dangers d'une telle approche : utilisera-t-on les résultats de ces recherches pour exclure un grand nombre de femmes du marché du travail ou s'en servira-t-on pour transformer les conditions de travail et, mieux encore, pour modifier certains choix de nos sociétés axés sur la croissance et la productivité (Stellman, 1977) ?

Les questions, ainsi posées au monde du travail salarié, dépassent une stricte volonté de protection personnelle (incluant le fœtus) en situation de grossesse ; elles abordent aussi des domaines beaucoup plus vastes, telles que la qualité de vie au travail, les priorités quant à la productivité, l'organisation du travail. Il semble, encore une fois, que la réflexion sur la fonction particulière des femmes comme porteuses du potentiel de reproduction ait permis de poser de nouveaux défis à la recherche : la recherche sur la santé au travail devrait-elle se limiter à l'analyse des risques inhérents à certains lieux de travail ou

devrait-elle nous permettre de comprendre les risques que comporte en soi l'organisation actuelle du travail dans le monde moderne ?

Les analyses récentes des mouvements féministes sur le travail ménager (Sokoloff, 1980) et les cheminements accomplis par un grand nombre de femmes actuellement sur le marché du travail, et particulièrement dans les milieux syndicaux, permettent de voir dans la question de la santé au travail l'aboutissement d'une démarche par laquelle on questionne à la fois la division sociale entre le monde privé et le monde public et l'articulation des rapports de pouvoir qui unissent les instances politiques et économiques. La santé au travail devient ainsi le lieu de prédilection pour comprendre les rapports existant entre la prévalence de certains problèmes de santé et notre organisation socio-économique. La santé des femmes au travail ne saurait, dans cette perspective, s'évaluer uniquement sur la base de sa participation au monde du travail salarié, dit public, mais aussi sur celle de ses obligations sociales envers le monde domestique et privé. C'est ainsi que l'évaluation de l'état de santé des femmes « au travail » pose des défis et esquisse déjà la reformulation des prémisses théoriques et méthodologiques qui s'imposent au monde de la recherche en santé au travail.

Conclusion

[Retour à la table des matières](#)

Le mouvement pour la santé des femmes, malgré certaines résistances aux changements qu'il propose de la part des milieux officiels, a eu un impact considérable dans le monde de la santé en raison des critiques et des interrogations qu'il a su susciter, des recherches qu'il a générées et des pratiques nouvelles qu'il a mises en oeuvre. L'impact réel de ce mouvement pourra se mesurer plus exactement dans l'avenir, en raison de sa solidification, de son degré de pénétration et de ses capacités à transformer et à améliorer le système de santé actuel.

Le texte qui précède présentait de manière générale le mouvement pour la santé des femmes, en mettant l'accent sur la recherche et le renouvellement des pratiques mises en oeuvre par ce dernier en Amérique du Nord depuis 1970, particulièrement aux États-Unis et au Québec.

On s'est intéressé à analyser en quoi la santé demeure le pilier du mouvement de santé des femmes, et probablement du mouvement des femmes dans son ensemble ; on a par la suite reconnu des facteurs d'ordre culturel, politique et institutionnel expliquant ce phénomène.

Le corps féminin, reconnu comme objet privilégié de médicalisation, est apparu comme le lieu de convergence de l'aliénation des femmes et le centre du renouvellement des pratiques en matière de santé. La remise en question des rapports de pouvoir dans toutes les institutions de soins devrait nécessairement se concrétiser au moyen d'une approche démedicalisée de la santé, ce qui, pour le mouvement, se réalise par une philosophie pragmatique, celle de l'auto-santé. L'appropriation du corps et l'autonomie en matière de santé devraient alors se substituer à la dépendance vis-à-vis des professionnels. Cela ne signifie pas l'évacuation complète des services prodigués par des professionnels, médicaux ou para-médicaux, mais la restructuration des rapports sociaux (de nature politique, cognitive, symbolique, institutionnelle et aussi économique) régissant la relation soignant(e)/soigné(e).

L'exploration plus détaillée de certains thèmes, tels que ceux de l'avortement, de la sexualité, de la reproduction, de l'accouchement, de la santé mentale, a permis de saisir les critiques de fond adressées par le mouvement à l'ensemble des institutions médicales et les voies originales qu'il a proposées sur les plans de la recherche et de la pratique. On a également signalé le caractère sexiste de certaines pratiques médicales reconnu entre autres dans les textes médicaux, les modes de communication, les modalités d'exercice et de décision professionnelle.

En dernier lieu, on s'est intéressé aux avenues récentes dans lesquelles le mouvement s'est engagé, en questionnant des domaines tels que ceux de la génétique et de la santé au travail.

Le mouvement pour la santé des femmes est un événement majeur survenu dans la dernière décennie et ses ramifications ne cessent encore de s'étendre, particulièrement aux États-Unis et au Québec. On ne peut maintenant ignorer, qu'on le veuille ou non, les milliers de centres de santé pour femmes disséminés à travers toute l'Amérique du Nord. L'avenir du mouvement réside probablement dans la persévérance à maintenir ces derniers dans la mesure où ils actualisent les volontés profondes du mouvement, notamment l'auto-santé. Ces centres ont également donné naissance à un bouillonnement de recherches réalisées en leur sein qui ont fortement inspiré les milieux académiques et institutionnels ; et ce n'est sans doute pas un hasard si des questions parmi les plus pertinentes à propos de la santé des femmes sont venues de l'extérieur de ces milieux.

Bibliographie

[Retour à la table des matières](#)

La bibliographie suivante comprend aussi bien les textes mentionnés dans le présent article, qu'une sélection d'autres titres jugés pertinents et pouvant servir à l'approfondissement de certains sujets.

ARDENER, Shirley, *Perceiving Women*, New York, S. Ardener Ed., John Wiley and Sons, 1975.

ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC, *Accoucher ou se faire accoucher*. Rapport synthèse des colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité, préparé par M. De Koninck, 5, 1, 1981.

BOLTANSKI, Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales, économies, sociétés et civilisations*, 1, 1971.

Boston Women's Health Collective, *Our Bodies, Ourselves*, New York, Simon and Schuster, 1971. (Traduit en français et publié chez Albin Michel, 1977.)

BROVERMAN, Inge K, *et al.*, « Sex role stereotypes and clinical judgments on mental health », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 1, 1970.

BROWN, George W., BHROLCHAIN MAIRE, N. and HARRIS, Tirril, « Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population », *Sociology*, 9, 1975.

CHESLER, Phyllis, *Women and Madness*, New York, Doubleday, 1972. (Traduit en français et publié en 1975 chez Payot.)

COLLIÈRE, Françoise, *De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. Promouvoir la vie*, Paris, Inter Éditions, 1982.

COOPERSTOCK, Ruth, « Sex différences in psychotropic drug use », *Social Science and Medicine*, 12B, 1978.

COORDINATION NATIONALE POUR L'AVORTEMENT LIBRE ET GRATUIT, *L'avortement : la résistance tranquille du pouvoir hospitalier*, Montréal, Les Éditions du RemueMénage, 1980.

COQUATRIX, Nicole, « Interpréter la littérature obstétricale contemporaine », *Anthropologie et sociétés*, 4, 2, 1980.

DE KONINCK, Maria, SAILLANT, Francine et DUNNIGAN, Lise, *Essai sur la santé des femmes*, Gouvernement du Québec, Conseil du statut de la femme, 1981.

DEVEREUX, George, « A typological study of abortion in 350 primitive, ancient and preindustrial societies », dans : ROSEN, H., *Abortion in America*, Boston, Beacon Press, 1967.

DULUDE, Louise, *La femme et la pauvreté*, Gouvernement du Canada, Conseil national du bien-être social, 1979.

EHRENREICH, Barbara, « Gender and Objectivity in Medicine », *International Journal of Health Services*, 4, 4, 1974.

EHRENREICH, Barbara and DEIRDRE, English, *Witches, Midwives and Nurses*, New York, Feminist Press, 1972. (Traduit en français et publié au Québec par les Éditions du Remue-Ménage, 1976.)

EHRENREICH, Barbara and DEIRDRE, English, *For Her Our Good*, New York, Anchor Press-Doubleday, 1978.

FEDERATION OF THE WOMEN'S HEALTH CENTERS, *How to Stay Out of the Gynecologist Office*, Los Angeles, Peace Press,, 1981.

FEDERATION OF THE WOMEN'S HEALTH CENTERS, *A New View of Women's Body*, Los Angeles, Peace Press, 1981.

FILLIPETTI, H. et TROTTEREAU, L., *Symboles et pratiques rituelles dans la maison paysanne traditionnelle*, Paris, Berger-Levrault, 1978.

FRANKFURT, Hellen, *Vaginal Policies*, New York, Bantam, 1973. (Traduit en français et publié au Québec par les Éditions La Presse en 1974.)

GAUCHER, Dominique, LAURENDEAU, France et TROTTIER, Louise-Hélène, « L'apport des femmes à la sociologie de la santé », *Sociologie et sociétés*, XIII, 2, 1981.

GOVE, Walter R., « Sex marital status and suicide », *Journal of Health and Social Behavior*, 13, June 1972.

GOVE, Walter R., « The relationship between sex roles, marital status, and mental illness », *Social Forces*, 51, 1972.

GUILLAUMIN, Colette, « Pratique du pouvoir et idée de nature : (1) L'appropriation des femmes », *Questions féministes*, 1, 1977.

GUILLAUMIN, Colette, « Pratique du pouvoir et idée de nature : (2), Le discours de la nature) », *Questions féministes*, 3, 1978.

HÉRITIER, Françoise, « Fécondité et stérilité : la traduction de ces notions dans le champ idéologique au stade préscientifique », dans : SULLEROT, Évelyne, *Le fait féminin*, Paris, Fayard, 1978.

HITE, Shere, *Le rapport Hite*, Paris, Editions Laffont, 1977.

HOWELL, Mary, « What medical schools teach about women », *The New England Journal of Medicine*, 291, 6, 1974.

HOWELL, Mary, « Can we be feminist physicians ? Mirages, dilemmas and traps », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2, 2, Summer 1977.

IRIGARAY, Luce, *Spéculum de l'autre femme*, Paris, Editions de Minuit, 1974. JAUBERT, Marie-Josée, *Les bateleurs du mal-joli*, Paris, Balland, 1979.

LAING, R.D., *The Divided Self*, Londres, Tavistock, 1970.

LAPIERRE-ADAMCYK, Evelyne et GRATTON-MARCIL, Nicole, « La contraception au Québec », *Canadian Studies on Population*, 2, 1975.

LENNANE, J.-K., et LENNANE, J.L., « Alleged psychogenic disorders in women, a possible manifestation of sexual prejudice », *The New England Journal of Medicine*, 288, 5, 1973.

LEVY, Rene, « Psychosomatic symptoms and women's protest : two types of reaction to structural strain in the family », *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 1976.

Loux, Françoise, *Le corps dans la société traditionnelle*, Paris, Berger-Levrault, 1979.

MARECEK, Jeanne and KRAVETZ, Diane, « Women and mental health : a review of feminist change efforts », *Psychiatry*, 40, November 1977.

MARIESKIND, Helen I. and EHRENREICH, Barbara, « Toward socialist medicine : the women's health movement », *Social Policy*, 6, September-October 1975.

MATHIEU, Nicole-Claude, « Notes pour une définition sociologique des catégories de sexe », *Épistémologie sociologique*, 2, 1971.

MECHANIC, David, « Socio-cultural and social-psychological factors affecting personal responses to psychological disorder », *Journal of Health and Social Behavior*, 16, December 1975.

MECHANIC, D., « Sex, illness, illness behavior, and the use of health services », *Journal of Human Stress*, December 1976.

NADEAU, L. et al., *Va te faire soigner, t'es malade*, Montréal, Stanké, 1981.

NADEAU, Louise, « Les femmes et leurs habitudes de consommation de drogues », *La santé mentale au Québec : vers une nouvelle pratique*, IV, 2, novembre 1979.

NATHANSON, Constance A., « Sex, illness and medical care », *Social Science and Medicine*, 11, 1977.

NATIONAL WOMEN HEALTH NETWORK, *Hysterectomy*, Resource Guide No. 2, 1980. *Sterilization*, Resource Guide No. 9, 1980. *Breast Cancer*, Resource Guide No. 1, 1980. *Maternal Health and Childbirth*, Resource Guide No. 4, 1980. *Menopause*, Resource Guide No. 3, 1980. *DES*, Resource Guide No. 6, 1980. *Birth Control*, Resource Guide No. 5, 1980. *Abortion*, Resource Guide No. 8, 1980. *Self-Help*, Resource Guide No. 7, 1980.

ORTMEYER, Linda E., « Female's natural advantage ? Or the unhealthy environment of males ? The status of sex mortality differentials », *Women and health*, 4, 2, 1979.

RAWLINGS, Edna I. and CARTNER, Dianne K., *Psychotherapy for Women - Treatment Toward Equality*, Springfield, Illinois, Charles C. Thomas, 1977.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, *Statistiques annuelles 1978*, Québec 1979.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, *Statistiques annuelles 1981*, Québec, 1982.

RICH, Adrienne, *Of Women Born*, New York, Norton, 1976. (Traduit en français et publié en France chez Denoël-Gonthier, 1980.)

RICH, Adrienne, « The theft of childbirth » dans : DREIFUS, Claudia (Ed.) : *Seizing Our Bodies*, New York, Vintage Books, 1977.

RUZEK, Sheryl Burt, *The Women's Health Movement*, New York, Praeger, 1978.

SAILLANT, Francine, *Étude des facteurs socio-culturels dans l'épidémiologie des troubles psychiatriques chez les femmes de la région de Québec*. Thèse de maîtrise en anthropologie, Université Laval, 1980.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL, Canada, *Rapport de l'enquête Santé Canada*, Ottawa, 1981.

SCULLY, Diane and BART, Pauline, « A funny thing happened on the way to the orifice : women in gynecology text books », *American Journal of Sociology*, 78, 1973.

SEAMAN, Barbara, « Pelvic autonomy : four proposals », *Social Policy*, September-October 1975.

SEAMAN, Barbara and SEAMAN, Gidon, *Women and the Crisis in Sex Hormones*, New York, Bantam Books, 1977.

SMITH, Dorothy, *Women Look at Psychiatry*, Vancouver, Press Gang Publisher, 1975.

SOKOLOFF, M., *Between Money and Love*, New York, Prieger Press, 1980.

STÉHÉLIN, Liliane, « Science/s, femme/s, idéologie/s », dans : Rose, H., Rose, S., Hanmer J., Enzensberger, H.M., Frank, R., Levy Leblond, J.M., Stéhélin, L., *L'idéologie de/dans la science*, Paris, Seuil, 1977.

STELLMAN, Jeanne Mayer, *Women's Work Women's Health, Myths and Realities*, New York, Pantheon Books, 1977.

SZASZ, Thomas, *The Myth of Mental Illness*, New York, Hoeber Harper, 1961.

VERBRUGGE, Lois M., « Females and illness : recent trends in sex differences in the United States », *Journal of Health and Social Behavior*, 17, December 1976.

WALLEN, Jacqueline, WAITZKIN, H., STOCKLE, J.D., « Physician stereotypes about female health and illness : a study of patient's sex and the informative process during medical interviews », *Women and Health*, 4, 2, Summer 1979.

Fin du texte