

Parler de la vie
L'apport des femmes à la sociologie de la santé
Speaking of Life
The Contribution of Women to Medical Sociology

Dominique GAUCHER, France LAURENDEAU et Louise-Hélène TROTTIER

Volume 13, numéro 2, octobre 1981

Les femmes dans la sociologie

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/001286ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/001286ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Résumé de l'article

Les remises en question des femmes ainsi que celles des sociologues de la santé provoquent un double éclatement de la recherche académique. Pour analyser la santé, la sociologie a dépassé la critique politico-économique afin d'amorcer une critique culturelle. Pour contrôler leur vie, les femmes reprennent possession de leur corps, ce qui pose à la sociologie de la santé le problème de l'intégration du vécu dans les pratiques de recherche et la nécessité d'une problématique sociale du corps.

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (imprimé)

1492-1375 (numérique)

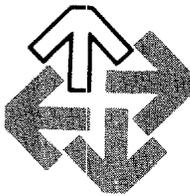
[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

GAUCHER, D., LAURENDEAU, F. & TROTTIER, L.-H. (1981). Parler de la vie : l'apport des femmes à la sociologie de la santé. *Sociologie et sociétés*, 13(2), 139–152. <https://doi.org/10.7202/001286ar>

Parler de la vie

L'apport des femmes à la sociologie de la santé *



DOMINIQUE GAUCHER, FRANCE LAURENDEAU et
LOUISE-HÉLÈNE TROTTIER

L'apport des femmes à la sociologie de la santé émane davantage du mouvement féministe que des femmes sociologues. Peu de recherches sociologiques se sont intéressées à la santé des femmes. Ce sont plutôt les militantes ou les sympathisantes du Mouvement qui ont d'abord dénoncé la situation des femmes dans le système de santé pour en dégager une analyse féministe.

Même si le mouvement féministe et la sociologie de la santé font partie de deux mondes séparés — le premier, de l'action sociale, la seconde, du monde universitaire — ils ont suivi une démarche parallèle. Au moment où les sociologues de la santé critiquaient la distribution inégale des services de santé dans les pays occidentaux, le mouvement féministe s'attaquait aux inégalités sexuelles dans la famille, à l'école et au travail. Au moment où les sociologues, conscients des limites de la critique politico-économique, faisaient ressortir le caractère relatif et culturel de la médecine moderne et en questionnaient les fondements scientifiques, de son côté, le mouvement féministe dénonçait l'inefficacité de la médecine et les biais sexistes de la science médicale et de ses prati-

* *Sociologie et sociétés* a dû abrégé considérablement ce texte pour des raisons techniques; la revue de la littérature qui a été retranchée s'appuyait largement sur une recherche de France Laurendeau. On y rendait compte de la documentation provenant du mouvement pour la santé des femmes, du milieu scientifique et de diverses autres sources, et qui concerne la critique des pratiques institutionnelles de l'accouchement, la contraception, la santé mentale, les cancers, l'avortement, la santé des femmes au travail, ainsi que les fondements de l'orientation du Mouvement.

Nous remercions le Collectif de recherche en sociologie de la santé de l'Université de Montréal, Nicole Laurin-Frenette et Marc Renaud pour leurs critiques et leurs commentaires ainsi que Christine Marsolais pour la dactylographie du texte.

ciens. Ainsi, pendant que la sociologie de la santé tentait de faire accéder les concepts de santé et de maladie au rang de phénomènes sociaux pour en élargir l'analyse, le mouvement féministe cherchait à réintégrer le corps des femmes, fragmenté par la médecine, dans une compréhension globale de leur vécu.

La problématique du mouvement féministe, contrairement à celle de la sociologie de la santé¹, s'enracine dans le corps précisément parce que selon lui, l'oppression des femmes passe avant tout par là. Si les premières féministes des années 70 ont d'abord voulu réparer l'injustice séculaire faite aux femmes en réclamant pour elles des droits égaux à ceux des hommes, elles ont vite pris conscience des limites de leur démarche. Chercher «l'égalité» à tous les niveaux, en plus du rôle de mère, cumuler les tâches, les fonctions et les rôles ne pouvaient mener qu'à la double journée de travail, au surmenage et à un productivisme effréné. Femme-orchestre qui se doit de jouer en virtuose de tous les instruments, bonne épouse, amante sensuelle, mère attentive, parfaite ménagère, hôtesse exquise, travailleuse assidue, fiable et compétente, tel est le nouveau modèle de la femme idéale qui a émergé dans cette décennie. Devant le cumul inflationniste des rôles, il fallait cesser de vouloir égaler les hommes sur leur propre terrain. Si nombreuses sont encore celles qui tentent désespérément de rencontrer l'idéal, d'autres, féministes ou non, disent : «Assez!». Assez du débat biologique sur le caractère inné ou acquis de ce qu'on qualifie encore d'instinct maternel²; assez du débat marxiste sur la contradiction secondaire que constitue l'oppression des femmes, qui, de toutes façons, ne sont même pas une classe sociale; assez du débat psychanalytique sur la frustration des femmes privées de pénis et sur leur nature passive, narcissique et masochiste. Quittant le terrain de la comparaison, c'est une redéfinition de leur identité que les femmes ont entreprise. Or, cette redéfinition passe par le partage de l'expérience de la grossesse, de l'accouchement et de l'avortement, des problèmes de contraception, des peurs face aux cancers et aux opérations, des angoisses, des difficultés amoureuses, de la culpabilité maternelle. À travers ces expériences, les femmes se retrouvaient semblables pour constater qu'elles avaient été expropriées de leur propre vie.

C'est à partir de cette mise en commun, à la recherche d'une redéfinition de l'identité des femmes, que le mouvement pour la santé des femmes a pris la parole et dénoncé le contrôle exercé sur le corps des femmes. Cette question est devenue centrale pour le mouvement féministe : l'expropriation de la vie des femmes passe par l'expropriation de leur corps. Trop et mal soignées en ce qui concerne leur fonction de reproduction, les femmes sont négligées par la médecine quand leurs besoins vont à l'encontre du rôle que leur assigne l'idéologie dominante.

Le Mouvement s'est d'abord attaqué aux pratiques douteuses, inefficaces et dangereuses de la médecine, à ses carences et à son mépris des femmes. Mais il y a plus. La démarche du Mouvement remet en cause les fondements mêmes de la méthode scientifique et fait éclater les frontières disciplinaires et théoriques qui fragmentent la compréhension des faits. En retour, elle propose la subjectivité, le vécu, le corps comme moyens de saisir le réel et fait surgir la possibilité d'un nouveau type de recherche qui abolit la distance entre sujet et objet, insuffle le projet d'une nouvelle objectivité scientifique qui pourrait permettre l'élaboration de théories basées sur un tout autre découpage du réel que celui qui prévaut dans le monde universitaire. Ce bouleversement est l'apport le plus créateur du Mouvement à la sociologie de la santé.

Nous nous proposons donc dans un premier temps, de retracer certaines étapes de l'évolution du champ de la sociologie médicale pour faire ressortir la compatibilité

1. La sociologie du corps en est encore à ses premiers balbutiements si l'on en croit Luc Boltanski («Les usages sociaux du corps», *Annales, économies, sociétés, civilisations*, n° 1, janvier-février 1971, pp. 205-223).

2. Consulter à ce sujet l'ouvrage d'Élizabeth Badinter, *L'Amour en plus; histoire de l'amour maternel (XVII^e-XX^e siècles)*, Paris, Flammarion, 1980, qui à travers l'histoire, démontre que l'amour maternel n'est qu'un sentiment plus ou moins présent selon les époques.

entre l'émergence du mouvement pour la santé des femmes et celle de la sociologie de la santé. Ensuite, nous ferons état de la critique féministe en santé qui, parce qu'elle est profane, a suscité de nouvelles questions. Puis, nous tenterons de faire le point sur l'éclatement théorique, disciplinaire et méthodologique provoqué par l'importance du corps dans la démarche féministe et dans le champ d'intérêt de la sociologie de la santé.

LA SOCIOLOGIE DE LA SANTÉ

Pour comprendre l'apport des femmes à la sociologie de la santé, il est important de voir dans quel contexte s'est inscrite leur démarche. Pendant que, dans la sociologie médicale, une nouvelle école de pensée prenait forme et dénonçait les inégalités d'accès aux services de santé, les femmes revendiquaient l'accès égal au marché du travail et à l'éducation. Au moment où les femmes tournaient le dos aux différences biologiques et questionnaient les biais sexistes de la médecine, la sociologie de la santé mettait à jour les biais idéologiques et questionnait les bases épistémologiques de la science médicale. Fatiguées d'attendre la révolution socialiste qui devait avoir raison des inégalités de sexe, les femmes se sont tournées vers des alternatives immédiates (auto-santé, sages-femmes) pour se réapproprier leur corps. Constatant que la rationalisation et la démocratisation des services ne sont pas la panacée aux problèmes de santé, la sociologie de la santé se tourne vers les « nouvelles » médecines. Influencées par les mêmes courants de pensée, fortes d'une même pratique sociale qui a marqué les années 60, les dénonciations des femmes et les critiques de la sociologie de la santé s'entremêlent et se chevauchent sans pour autant se confondre : la sociologie de la santé n'a pas fait siennes les revendications des féministes et ces dernières demeurent fort sceptiques devant les recherches universitaires portant sur la situation des femmes dans le secteur de la santé.

L'école de pensée qui anime la sociologie de la santé prend naissance dans les mouvements de gauche et les mouvements communautaires qui se sont manifestés dans les pays capitalistes occidentaux vers la fin des années 60 et au début des années 70. Ces mouvements étaient porteurs d'un projet de société juste, égalitaire et démocratique et voyaient dans l'expansion de l'appareil d'État et dans l'avènement de l'État-providence un pas vers la réappropriation collective des moyens de production. Au Québec, ces racines se retrouvent aussi dans l'élan nationaliste de modernisation et de rattrapage qui a porté le parti Libéral³ au pouvoir au début des années 60. En moins de dix ans, le Québec s'est mis au pas des sociétés modernes, retroussant ses manches pour rattraper le temps perdu et pour oublier au plus vite ces « années de grande noirceur du duplessisme ». Les élites traditionnelles ont été écartées du secteur de l'éducation et du secteur hospitalier, l'électricité a été nationalisée et des politiques redistributives ont pris le devant de la scène politique. Sous le couvert de la modernisation, de la rationalisation et de la démocratisation, l'État s'imposait. Il devenait *le* représentant de cette « nation » québécoise qui relevait enfin la tête, déterminée à s'affranchir de son état de colonisé, de « nègres blancs d'Amérique ». Ce n'est qu'une fois cette modernisation enclenchée que les revendications ouvrières et communautaires se radicalisent. Le mouvement syndical élargit alors sa base militante jusqu'aux professionnels de la santé⁴ et des mouvements populaires dénoncent sur tous les fronts les inégalités de classes et d'ethnies.

3. C'est d'ailleurs sur le thème de l'assurance-hospitalisation que le parti Libéral a mené cette campagne électorale.

4. Plusieurs professionnels du secteur de la santé, dont les infirmières, se sont alors syndiqués à la CSN.

C'est aussi de ce bouillon contestataire, où lutte de classes et lutte nationale se rencontraient, qu'ont émergé les luttes féministes. À la manière des mouvements populaires et nationalistes de la fin des années 60, le mouvement des femmes s'est alors penché sur les discriminations engendrées par les lois régissant l'institution familiale et vécues au travail et à l'école. Suivant le leitmotiv de l'heure, les femmes exigeaient plus et, pour elles, cela signifiait d'abord un statut égal à celui des hommes. Les femmes réclamaient l'accès égal au marché du travail, à l'éducation et des droits égaux dans le mariage. Ces premières revendications féministes sont en continuité avec les revendications des radicaux et des libéraux de la fin des années 60 et du début des années 70. Mais elles sont aussi une première manifestation de rupture : les femmes revendiquaient leurs droits hors des organisations politiques, qu'elles soient de droite ou de gauche.

UNE PREMIÈRE CRITIQUE POLITICO-ÉCONOMIQUE DE LA SANTÉ

Stimulés par l'interventionnisme accru d'un État-providence, les sociologues de la santé se sont posés en défenseur des laissés-pour-compte par les services médicaux. Malgré une augmentation importante du nombre des hôpitaux, des effectifs médicaux et para-médicaux et malgré une science médicale de plus spécialisée et sophistiquée, ces sociologues étaient confrontés à une incidence de morbidité des plus élevée dans les zones urbaines défavorisées et dans les régions rurales éloignées. Afin de cerner les causes d'un tel écueil, ils ont délaissé les études sur les relations de rôle et les motivations individuelles pour se tourner vers l'organisation sociale et la structure économique.

Le mouvement s'enclenchait. Au Québec, économistes, sociologues, technocrates et spécialistes de l'hygiène⁵ ont prouvé l'existence d'inégalités flagrantes dans la distribution des services⁶, dans leur accessibilité financière⁷ et dans la répartition géographique des médecins⁸ et des hôpitaux⁹. Ils se sont penchés sur les principales causes de mortalité et de morbidité mettant ainsi à l'avant-scène les maladies de civilisation¹⁰.

La mise à jour des inégalités et la reconnaissance de maladies particulières aux sociétés dites capitalistes¹¹, ont mené les plus radicaux à des analyses marxistes qui mettaient en évidence la nature sociale, économique et politique des inégalités de classes devant la santé et des bases de l'organisation des services médicaux. Pour les libéraux par contre, cette mise à jour des inégalités n'était que le reflet de « l'absence d'un véritable système de distribution des soins¹² », véritable imbroglio des services privés et pu-

5. Les principaux conseillers et membres de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social sont Claude Castonguay, Nicole Martin (économiste), René Dussault (avocat), Jacques Brunet (médecin), Jean-Yves Rivard (économiste), Thomas Boudreau (économiste), Jean Rochon (médecin), Madeleine Blanchet (médecin).

6. A.-P. Contandriopoulos *et al.*, « Un regroupement des comtés de la province de Québec en régions homogènes », *l'Actualité économique*, octobre-décembre 1974.

7. Jean-Luc Migué et Gérard Bélanger, *le Prix de la santé*, Montréal, Hurtubise HMH, 1972; Alison McDonald *et al.*, « Etudes sur l'assurance-maladie du Québec », *Sociologies et sociétés*, vol. IX, n° 1, 1977.

8. Jean-Yves Rivard, « Les effectifs médicaux au Québec : situation actuelle et projection 1974-1978 », *Bulletin de la Corporation professionnelle des médecins du Québec*, novembre 1975; Luciano Bozzini et A.-P. Contandriopoulos, « La pratique médicale au Québec : mythes et réalités », *Sociologie et sociétés*, vol. IX, n° 1, 1977.

9. Jean-Yves Rivard *et al.*, *l'Évolution des services de santé et des modes de distribution de soins au Québec*, Annexe II du rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Éditeur officiel du Québec, 1970.

10. Madeleine Blanchet, *Indices de l'état de santé de la population du Québec*, Annexe III du rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Éditeur officiel du Québec, 1970; Yanick Villedeu, *Demain la santé*, Québec, Les dossiers de Québec Science, 1976.

11. La mise à jour des inégalités devant la santé et des maladies de civilisation s'est aussi produite à la même période dans le reste du Canada, aux États-Unis, en France et en Angleterre.

12. *La Santé*, vol. IV, t. 1, Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Éditeur officiel du Québec, 1970, p. 96.

blics, fragmentés, désorganisés, sans politique d'ensemble ni de priorités rationnelles. Mais libéraux et radicaux se rejoignaient néanmoins. Pour eux, l'efficacité technologique et les prémisses étiologiques de la médecine étaient incontestables. Les solutions médicales apportées aux maladies n'étaient pas mises en cause. Seules les inégalités sociales et régionales conséquentes à l'irrationalité du système et au caractère privé des soins médicaux devaient être solutionnées par l'accessibilité universelle des services. Pour les libéraux, il s'agissait d'une réforme où la restructuration rationnelle des services viendrait niveler les inégalités. Pour les radicaux, il s'agissait d'une volonté révolutionnaire, moulée à l'idéal communiste, où la démocratisation des services médicaux était un pas en avant vers la réappropriation collective des moyens de survie¹³.

LA CRITIQUE « CULTURELLE »

Les revendications et dénonciations académiques et populaires des années 60 se sont concrétisées au Québec dans le secteur de la santé, par la création d'un réseau parallèle de cliniques populaires dans les quartiers urbains défavorisés et par l'instauration de l'assurance-maladie universelle. Simultanément à ces réponses — d'un côté contestataires et parallèles, de l'autre orchestrées et officielles — apportées aux inégalités d'accès aux services, un autre mouvement fondamental prenait forme, questionnant, cette fois-ci, la légitimité même de la médecine. C'est à travers cette critique « culturelle »¹⁴ que les femmes, à la recherche d'alternatives à la logique thérapeutique médicale, ont développé l'autosanté et contribué à l'essor de la sociologie de la santé.

De nouveaux mouvements sociaux ont pris le devant de la scène (mouvements féministe, écologique, antipsychiatrique, des médecines parallèles et alternatives), questionnant les fondements épistémologiques de la médecine, contestant la compréhension même du phénomène santé-maladie soumise, depuis le début du siècle, au despotisme de la science médicale.

Alors qu'une restructuration sanitaire sans précédent marquait le début des années 70 au Québec¹⁵, une nouvelle conception de la santé et de la maladie faisait son apparition plaçant en porte-à-faux la causalité biologique du paradigme médical¹⁶. Une kyrielle de dénonciations ont dès lors envahi la place publique et de nombreuses études vinrent ébranler le château-fort médical.

La vision du corps en organes et systèmes indépendants, selon laquelle les médecins traitent des cas et non des individus¹⁷, s'oppose maintenant à une approche globale et personnalisée. À l'étiologie biologique et uni-causale des maladies, s'ajoutent aujourd'hui les causes sociales, économiques et environnementales¹⁸. Face à la prise en

13. Cette analyse a été développée par John Ehrenreich dans son introduction au livre qu'il a dirigé, *The Cultural Crisis of Modern Medicine*, New York, Monthly Review Press, 1978.

14. L'expression est de John Ehrenreich, *op. cit.*

15. Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Gouvernement du Québec, Éditeur officiel du Québec, 1970; Marc Renaud, *loc. cit.*, 1977; Frédéric Lesemann, *Du pain et des services : la réforme de la santé et des services sociaux au Québec*, Laval, Éditions coopératives Albert Saint-Martin, 1981.

16. René Dubos, *L'Homme et l'adaptation au milieu*, Paris, Payot, « Sciences de l'homme », 1973; Jean-Yves Roy, « Médecine: crise et défi », *Recherches sociographiques*, vol. XVI, n° 1, 1975; selon la définition récente de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé, qui était définie auparavant par l'absence de maladie, est maintenant considérée comme « un état de bien-être physique, mental et social complet ».

17. Marc Renaud, « Crise de la médecine et politiques de santé : les leçons de l'histoire », *Possibles*, vol. 1, n° 2, 1977.

18. John Powles, « On the Limitations of Modern Medicine », *Science Medicine and Man*, vol. 1, n° 1, 1973; R. Carlson, *The End of Medicine*, New York, Wiley, 1975; Vicente Navarro, *Medicine Under Capitalism*, New York, Prodist, 1978; Antoinette Chauvenet, *Médecine au choix, médecine de classes*, Paris, PUF, 1978; Joseph Eyer et Peter Sterling, « Organisation sociale, stress et surmortalité », dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher, J. Llambias-Wolff, *Médecine et société : les années 80?*, Montréal, Éd. coop. Albert Saint-Martin, 1981; Donna Mergler et Luc Desnoyers: « Milieu de travail et santé : éléments d'analyse de la situation québécoise », dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher, J. Llambias-Wolff, *op. cit.*; André Billette, « Conditions de travail et santé des travailleurs : le cas du régime rotatif de travail », *Sociologie et sociétés*, vol. IX, n° 1, 1977.

charge par des professionnels avares de leur savoir, s'élève un cri du cœur d'autonomie, de réappropriation des connaissances, contre la déshumanisation liée au technicisme des traitements et à «l'étiquetage abrutissant»¹⁹ des diagnostics²⁰. L'acceptation inconditionnelle, tout au cours du siècle, de l'objectivité scientifique de la médecine est aujourd'hui dénoncée; son arbitraire, sa subjectivité et ses fonctions de contrôle social sont mis à jour²¹. Au-delà des soins aux malades et des services disponibles, on s'interroge maintenant sur les conditions de santé, de travail et de vie.

C'est dans cette effervescence que les critiques et les revendications féministes sur la santé s'inscrivent. La santé est un des lieux où se manifeste le plus clairement et le plus tôt l'originalité des revendications féministes.

LA CRITIQUE FÉMINISTE EN SANTÉ

Pendant que les libéraux et les radicaux, confrontés à l'évidence des inégalités sociales devant la santé, restructuraient et démocratisaient les services de santé afin de les rendre accessibles à tous, c'est la capacité même de la médecine moderne de s'occuper adéquatement des problèmes de santé des femmes que le mouvement féministe remettait d'emblée en question. Dans un cri du cœur, au-delà de la distribution et de la qualité des services, c'est le contrôle exercé sur leur corps et sur leur vie que les femmes se sont mises à dénoncer. De là, elles ont pris conscience que leur vécu de femmes est évacué de la pratique médicale. Le mouvement pour la santé des femmes a tourné le dos à la médecine pour retrouver, hors des sentiers battus, la réalité des femmes. Sans attendre que se développe une critique articulée des biais sexistes de la médecine, nombreuses sont celles qui ont rejeté le drap gynécologique, symbole du regard objectivant de la médecine. D'instinct, les femmes se sont regroupées entre elles, devant une page blanche collective et individuelle, refusant la définition donnée d'elles par les autres. Il fallait retrouver notre héritage de femmes, notre histoire, notre identité, au-delà des biais sexistes de la science et de la morale.

Trois livres marquent les débuts du mouvement : *Our Bodies Ourselves* (*Notre Corps nous-mêmes*) qui, aujourd'hui encore, suscite l'émergence de groupes d'auto-santé²², *Vaginal Politics* (*la Politique vaginale*) et *Witches, Midwives and Nurses* (*Sorcières, sages-femmes et infirmières*)²³ qui attaquaient de front le corps médical, l'un dans sa pratique actuelle, l'autre à travers son histoire.

La démarche de ces trois livres sera celle du Mouvement. Dans *Our Bodies Ourselves*, le *Women's Health Book Collective* double la médecine sur sa gauche, informant mieux qu'elle les femmes, dénonçant ses travers, apprenant aux femmes à se défendre mais surtout, réintroduisant le vécu des femmes — la sexualité, l'amour... — dans un discours sur la santé. Ellen Frankfort, dans *la Politique vaginale*, critique l'attitude médicale à l'égard des femmes (notamment par une analyse de la formation des

19. Marc Renaud, *loc. cit.*, 1981, p. 526.

20. Ivan Illich, *op. cit.*; John McKnight, «Le professionnalisme dans les services : un secours abrutissant», *Sociologie et sociétés*, vol. IX, n° 1, 1977; Luciano Bozzini, «L'expertise et la hiérarchie sanitaires en question», dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher, J. Llambias-Wolff, *op. cit.*;

21. Irving K. Zola, «Culte de la santé et méfaits de la médicalisation», dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher, J. Llambias-Wolff, *op. cit.*; Barbara Ehrenreich : «L'objectivité médicale et les femmes», dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher, J. Llambias-Wolff, *op. cit.*; Barbara Ehrenreich et Deirdre English, *Sorcières, sages-femmes et infirmières : une histoire des femmes et de la médecine*, Montréal, Éditions du Remue-ménage, 1976 (première parution en anglais en 1972).

22. Collectif de Boston pour la santé des femmes, *Notre Corps, nous-mêmes*, Paris, Albin Michel, 1977, 240 p. Paru pour la première fois en 1971, l'ouvrage s'est répandu comme une trainée de poudre : à sa 19^e impression américaine en 1980, il était déjà traduit ou adapté en 13 langues — Jessica Lipnack, «The Women's Health Movement», *New Age*, mars 1980.

23. Ellen Frankfort, *la Politique vaginale*, Éditions La Presse, 1974 dont l'édition originale remonte à 1972. Barbara Ehrenreich et Deirdre English, *op. cit.*

médecins) et relate avec enthousiasme la redécouverte d'elles-mêmes qu'ont faite entre elles de nombreuses Américaines dans des séances collectives d'autoexamen du vagin. Ellen Frankfort ne se trompait pas : en tant que volte-face à l'égard de la médecine, cette pratique subversive inaugurerait une remise en question de la part des femmes touchant autant leur sexualité, leur perception du corps que leur santé en général²⁴. Dans *Sorcières, sages-femmes et infirmières*, Barbara Ehrenreich et Deirdre English donnent au mouvement d'autosanté un ancrage historique : loin d'être une nouvelle lubie des femmes, l'autosanté est la reconquête de connaissances et de pratiques féminines dont les femmes avaient été expropriées par la montée de la profession médicale²⁵.

Que ces trois livres ne soient pas universitaires n'est pas un hasard : ce sera un trait dominant de la littérature des années 70 sur la santé des femmes. Militante, journalistique, littéraire, marginale, la recherche sur la santé des femmes sera principalement « profane ». La nature même de la critique des femmes — le refus du contrôle de leur corps par les autres et le refus de l'évacuation du vécu — risquait de toucher, au-delà de la médecine, « la science » elle-même. Contrairement à la critique de gauche, qui avait trouvé des échos chez les chercheurs, la critique féministe en santé allait devoir exploser en dehors du monde scientifique. Peu à peu, elle trouvera une place parmi ceux — épidémiologues, historiens, sociologues — qui oseront remettre en question les postulats de la médecine.

Non seulement la production strictement universitaire a-t-elle été assez limitée durant la décennie 70, mais elle s'est bien souvent contentée de reprendre les constats du Mouvement pour les étayer. Si la recherche, en sciences de la santé, s'est attachée à documenter l'inefficacité et les dangers des thérapies médicales, en sciences sociales, elle a particulièrement fait ressortir les mécanismes du pouvoir des médecins et de l'idéologie qu'ils véhiculent à l'égard des femmes. En plus, elle s'est intéressée à un autre volet de la présence des femmes dans le domaine de la santé, à savoir leur rôle de productrices de soins. C'est à la lumière des tentatives féministes d'instaurer de nouvelles pratiques en santé et de reconquérir la place que les femmes y ont perdue, que l'ensemble des écrits ont tourné un regard inquisiteur vers la médecine. Et c'est sur la gynécologie-obstétrique, la psychiatrie et la chirurgie que leur regard s'est le plus souvent arrêté, là où le traitement réservé aux femmes porte le plus à controverse. C'est donc aux constats du Mouvement entremêlés à ceux des milieux académiques ou « profanes » que nous référerons ici, pour tenter de dégager de ce bouillon de culture ce qui aura un impact déterminant sur la recherche elle-même.

LE CONSTAT D'ENSEMBLE

À travers le contrôle exercé sur leur corps et l'évacuation de leur vécu du savoir médical — dont les conséquences sur leur vie sont considérables — les femmes allaient découvrir qu'elles sont trop et mal soignées en ce qui concerne leur fonction de reproduction et qu'elles sont négligées par le système médical quand leurs besoins vont à l'encontre du rôle que leur assigne l'idéologie dominante. Quand il s'agit d'accoucher, le corps médical est empressé ; pour ce qui est d'avorter, de protéger la santé des femmes au travail ou encore de réagir face à la violence qu'on leur fait, c'est le silence.

Cette double réalité allait diriger le travail du Mouvement dans deux directions : d'une part, la création d'un réseau parallèle de services pour remédier aux carences du

24. Pour illustrer ce point, voir par exemple Christine L'Heureux, *l'Orgasme au féminin*, Montréal, L'Aurore, « Les éditions Univers », 1979.

25. Barbara Ehrenreich et Deirdre English ont poursuivi leur réflexion dans *Complaints and Disorders*, Old Westbury, N.Y., Feminist Press, 1973 et dans *For Her Own Good*, Garden City, N.Y., Anchor Press/Doubleday, 1979.

système; d'autre part, le développement de collectifs de recherche « alternative », les groupes d'autosanté. Le mouvement pour la santé des femmes ne pouvait tenir un discours semblable à celui tenu sur les inégalités sociales. En effet, aux prises avec des diagnostics sexistes, des thérapies inefficaces et « un recours fréquent, irrationnel et injustifié à la chirurgie »²⁶, les femmes ne pouvaient pas revendiquer plus de services car « plus » n'est pas assez quand cela risque de ne vouloir dire que plus de préjugés, plus de superstitions, plus de barbarie »²⁷. Les deux orientations prises simultanément par le Mouvement ont créé des pôles d'attraction pour toutes les questions touchant la santé des femmes. D'une part, exiger le financement par l'État des services rendus par le réseau parallèle, pour en assurer l'existence et la gratuité (comme pour l'avortement); d'autre part, poursuivre le développement de la recherche « alternative » et ce, à l'extérieur du réseau public, de manière à garantir un contrôle par les femmes bien difficile à obtenir autrement.

La science médicale est l'un des instruments de contrôle social sur les femmes. En effet, la profession médicale s'immisce dans la vie privée des femmes tant pour les « faire accoucher » que pour les « ramener à la raison » ! À partir du constat que les femmes sont trop et mal soignées, le mouvement féministe a dénoncé les pratiques douteuses et l'idéologie sexiste de la profession médicale. D'autre part, et c'est paradoxal, cette surmédicalisation s'accompagne de négligence flagrante à l'égard des besoins sanitaires que les femmes expriment. L'avortement, la santé des travailleuses sont ignorées par la profession médicale²⁸. Et ce n'est pas un hasard : ne s'agit-il pas de problèmes que les « vraies femmes » ne sont pas sensées connaître ?

Les femmes reçoivent plus que leur part des « bienfaits » de la médecine moderne en termes de visites médicales, d'hospitalisations, de consommation de médicaments, d'opérations et de traitements psychiatriques. Et pourtant les statistiques de mortalité et de morbidité dont on dispose, aussi grossières soient-elles, montrent que les femmes vivent plus longtemps que les hommes et sont moins touchées qu'eux par les maladies dites de civilisation. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, tout en étant moins malades que les hommes, les femmes sont plus médicalisées qu'eux. Et c'est particulièrement pour accoucher, obtenir des contraceptifs, traiter des cancers et des troubles psychiques que les femmes entrent, bien malgré elles, dans l'engrenage d'une surmédicalisation coûteuse et nocive. En ce qui concerne l'avortement et la santé des femmes au travail, la situation est différente²⁹.

Même si elle faisait face à des carences énormes, la lutte féministe pour l'avortement ne s'est pas limitée à revendiquer « plus » d'avortements en menant une lutte pour un droit démocratique. Comme pour l'accouchement et comme pour tout ce qui concerne la santé des femmes, le Mouvement a cherché à transformer les pratiques elles-mêmes, en les réintégrant dans le vécu des femmes. La révolte contre l'expropriation du corps et la critique profonde de l'attitude objectivante de la médecine sont, dans le cas de l'avortement comme ailleurs, de nature à alimenter la remise en question de la médecine et des pratiques sanitaires. Par ailleurs, l'intervention en santé au travail est très récente : elle s'est développée sous la pression des syndicats. Mais la recherche s'est d'abord intéressée aux maladies et accidents du travail qu'on retrouve dans les secteurs indus-

26. Barbara Ehrenreich, *loc. cit.*, p. 89.

27. *Ibid.*, p. 91.

28. Jeanne M. Stellman, « La rançon économique du travail des femmes : les risques professionnels », dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher et J. Llambias-Wolff, *op. cit.*, p. 261.

29. Consulter à cet effet Jeanne M. Stellman, *loc. cit.* et Marina Zancan, « Santé et travail ménager », dans Louise Vandelac, *l'Italie au féminisme*, Paris, éd. Tierce, 1978; voir aussi Jeanne M. Stellman, *Women's Work, Women's Health*, New York, Pantheon Books, 1977; Andrea Hricko et Melanie Brunt, *Working for Your Life: A Woman's Guide to Job Health Hazards*, Berkeley, Labor Occupational Health Program and Public Citizen's Health Research Group, 1976; Anne George, *Occupational Health Hazards of Women*, Ottawa, Conseil consultatif de la situation de la femme, octobre 1976.

triels majoritairement composés d'hommes. En effet, dès que les femmes sortent de leur rôle de reproductrices, la science médicale ignore les problèmes spécifiques qui pourraient les toucher. La médecine ne se préoccupe guère de la santé des femmes à leur travail, sinon pour évaluer les effets des matières toxiques sur les fœtus. Ce n'est pas la santé des femmes qui est ici en cause, mais celle de leur progéniture.

LES MULTIPLES FACETTES DU CONTRÔLE SOCIAL DU CORPS

Globalement, le mouvement a dénoncé les insuffisances du système de santé et s'est joint à la vague de contestation de la médecine moderne qui déferle actuellement sur le monde occidental. La critique féministe en santé est éparpillée. Mais à travers ses multiples dénonciations, on retrouve le fil conducteur : essentiellement, c'est au contrôle social du corps des femmes, fondement de leur oppression, que s'attaque le mouvement féministe. Si la médecine soigne trop les femmes lorsqu'elles accouchent, les gève de contraceptifs et les juge déséquilibrées selon une double norme de santé mentale, c'est pour s'assurer qu'elles accompliront dans les règles leur rôle de mères, épouses et ménagères. Si par ailleurs, la médecine les néglige quand il s'agit d'avortement ou de leur santé au travail, c'est que précisément là, les femmes ne remplissent pas leur rôle de reproductrices. Et si elles sont mal soignées, par exemple quand elles sont atteintes de cancers du sein ou du col de l'utérus, c'est, entre autres, que la médecine est largement inefficace face aux cancers en général, mais pis encore c'est qu'elle reste entachée de préjugés à l'égard des femmes et nie l'importance de l'intégrité de leur corps dès qu'il n'est plus utile à la reproduction. Pas étonnant alors que les femmes aient perdu confiance dans la médecine et qu'elles se tournent vers de nouvelles pratiques médicales.

À l'organisation sociale du système de santé où le patient est pris en charge par des professionnels, le Mouvement oppose la pratique autonome de l'autosanté pour offrir aux femmes le moyen d'échapper au contrôle médical. Ce faisant, les femmes ont défié le découpage de l'Histoire basé sur la culture ou l'économie pour retrouver leurs racines jusqu'aux sorcières du *xvi^e* siècle. Elles ont ainsi fait apparaître une relation entre ces femmes pourchassées, pendues, brûlées et les sages-femmes évincées du domaine de l'obstétrique au début du siècle tant aux États-Unis qu'au Canada. Elles ont aussi récupéré les connaissances pour reprendre le contrôle de leur corps et déprofessionnaliser sa prise en charge, en défiant cette fois-ci le spectre du charlatanisme brandi par la profession médicale devant les alternatives à sa pratique.

Cependant, l'autosanté est difficilement généralisable, dans une société où les réseaux communautaires d'autrefois ont été démantelés et où les besoins humains font maintenant l'objet de rapports marchands. En l'absence de soutien social autre que professionnel, les femmes n'ont guère le choix : la plupart d'entre elles sont forcées de consulter le médecin. Dans un tel contexte de solitude et d'isolement, se prendre en charge, faire de l'autosanté, devenir autonome, en somme se libérer en cumulant les tâches et les responsabilités, n'est-ce pas la meilleure façon de se mouler à l'idéal de la femme-orchestre ?

D'autre part, devant le fait que ce sont les femmes qui assument seules le fardeau de la maternité, le Mouvement revendique que le contrôle de la maternité (contraception, avortement, accouchement) leur revienne. Par le fait même, n'enfonce-t-il pas les femmes dans un rôle qu'elles ne veulent plus endosser seules et n'écarte-t-il pas les hommes de leur responsabilité dans les rapports sexuels et dans la paternité ? Si les femmes veulent que la responsabilité de la reproduction soit partagée par les hommes et par la société, comment pourraient-elles en garder le contrôle pour elles seules ?

Orienté vers la défense des intérêts des femmes, le mouvement pour la santé des femmes a suscité une littérature d'information, de dénonciation et d'intervention en vue

de l'action politique : c'est le rôle d'un mouvement social. Ses questions ont alimenté la réflexion en sociologie de la santé. Par sa critique de l'autorité professionnelle mâle dans le secteur de la santé, par sa remise en cause des pratiques médicales inefficaces et souvent même dangereuses, par sa dénonciation du sexisme de la science médicale et de ses praticiens, le Mouvement contribue aux critiques formulées par la sociologie de la santé³⁰. Mais mieux encore, en dehors du monde académique, sans contraintes au niveau du découpage intellectuel du réel, la démarche féministe en santé apporte un éclairage nouveau à la recherche en refusant la distanciation entre sujet et objet ainsi que la généralisation propres à l'analyse scientifique, et en réintégrant le vécu des femmes. C'est donc la recherche d'une nouvelle objectivité scientifique que nous propose la critique féministe en santé.

LA RECHERCHE EN SANTÉ

Les remises en question des femmes ainsi que celles des sociologues de la santé provoquent un double éclatement au niveau de la recherche universitaire. Les disciplines, les théories et les méthodes scientifiques ne sont pas structurées pour aborder la santé et le vécu dans leur globalité. Les différentes facettes de la santé sont approchées par des disciplines distinctes; les théories explicatives sont loin de pouvoir cerner le corps dans son rapport au monde : les sciences de la santé le fragmentent et il échappe à la macro-sociologie. Les méthodes scientifiques, peu développées au niveau qualitatif, arrivent mal à le saisir dans sa complexité. La sociologie de la santé est donc aux prises avec les conséquences du choix de son objet de recherche; de leur côté, les femmes confrontent la science à une nécessaire remise en cause de son organisation et de ses postulats les plus fondamentaux.

UNE PERSPECTIVE GLOBALE DE LA SANTÉ: PREMIER ÉCLATEMENT DISCIPLINAIRE ET THÉORIQUE

L'objet de la sociologie de la santé est de poser globalement la santé comme un enjeu social, politique et économique. La sociologie de la santé oppose aux analyses partielles, une analyse macro-sociologique des phénomènes liés à la santé et à la maladie. La réflexion porte autant sur la valeur de la santé, sur les normes qui la définissent, sur ses modes de prise en charge, sur les causes de sa perte que sur les modes de distribution de soins, l'organisation du travail, les politiques de santé et les enjeux économiques qui les sous-tendent.

La santé et la maladie sont des phénomènes complexes, étroitement déterminés par les rapports sociaux, économiques et politiques. Leur point d'ancrage n'en demeure pas moins le corps, cette entité micro-sociologique. Le corps est notre appartenance à la vie, le lieu ultime d'exploitation et d'oppression. L'analyse n'est pas facile, car même si plusieurs disciplines s'interrogent sur le phénomène santé-maladie, la science découpe le réel de telle sorte que, par pudeur ou par oubli, aucune d'entre elles ne s'intéresse au corps, mais bien à ses ennemis : les micro-organismes, l'hérédité, les produits toxiques, la iatrogénèse clinique, l'ignorance populaire, la pollution de l'environnement, les conditions de travail, l'organisation sociale. Un capharnaüm de recherches fondamentales, cliniques, opérationnelles et évaluatives se partagent ces objets de recherche plus étroits les uns que les autres. Elles atomisent le corps et réduisent les causes de maladie à quelques phénomènes biologiques ou environnementaux. Elles découpent le secteur

30. Sheryl Burt Ruzek, *The Women's Health Movement*, New York, Praeger Publishers, 1978.

de la santé en éléments restreints. Bien sûr, on reconnaîtra que ces éléments sont interreliés, mais comme les théories actuelles parviennent difficilement à analyser les interrelations, même lorsqu'elles réussissent à les illustrer au moyen de schémas plus complexes les uns que les autres, les objets de recherche demeurent restreints et l'analyse dialectique se fait encore attendre. Cependant, même si l'analyse est linéaire et si le corps et les phénomènes liés à la santé et à la maladie sont décortiqués, la sociologie pour cerner la santé dans sa globalité, doit tenir compte de l'apport scientifique des disciplines qui s'y intéressent.

À la recherche des points de jonction entre l'organisation politico-économique et l'organisation socio-sanitaire, la sociologie de la santé tente une analyse macro-sociologique. Influencée par les traditions sociologiques, elle s'est tournée vers les grands paramètres organisationnels qui déterminent le secteur : les institutions dans leur ensemble et dans leur fonctionnement interne, la répartition des budgets, les luttes professionnelles, les revendications syndicales, le caractère privé ou public des services, les politiques de santé. Avec un tel découpage, les catégories analytiques de la sociologie des organisations, du travail, des professions, des sciences, du pouvoir ou de l'État sont utilisées et apportent sans aucun doute une analyse des phénomènes liés à la santé. Mais elles ne permettent pas de rendre compte des particularités du vécu qui s'y déroule. C'est là que l'analyse sociologique atteint ses limites. Ainsi, l'étude des professions s'est échafaudée en fonction des professions dominantes et ne permet pas de cerner les particularités des professions dominées fort nombreuses dans le secteur. Leur autonomie professionnelle est peu comparable à celle des professions libérales : leur pratique est dépendante des prescriptions, des références et des protocoles médicaux et leurs membres sont des employés salariés dépendants de la répartition des budgets, des politiques de santé et des politiques internes aux institutions. De son côté, la sociologie du travail s'est développée en fonction de la production de biens et de l'organisation bureaucratique. Or ni l'une ni l'autre de ces analyses ne permettent de rendre compte adéquatement de la production de services, des règles hiérarchiques et des stratégies des groupes du secteur de la santé. Les catégories analytiques ne répondent pas aux questions que pose la sociologie de la santé.

L'envol théorique vers les analyses marxistes ou wébériennes n'offre pas nécessairement de réponses adéquates. Ces théories ne parviennent pas à elles seules à traduire les multiples dimensions des phénomènes liés à la santé. Même si elles permettent un découpage différent du réel, elles n'ont pas comme base d'analyse le corps, le rapport à la vie, qui devrait être l'enjeu fondamental de la sociologie de la santé. Le pouvoir, la culture, le rapport aux moyens de production, la politique, l'idéologie et l'économie relèguent le corps à l'arrière-plan, laissant la sociologie de la santé sans réponse.

Or, la sociologie de la santé n'a toujours pas orienté ses recherches ni formulé ses interrogations en fonction du corps. Même si on reconnaît que le seul bien des ouvriers est leur force de travail, leur corps n'en a pas été pour autant questionné. Même si les intérêts de plusieurs groupes du secteur de la santé peuvent s'identifier, ceux des bénéficiaires demeurent lettre morte. Leur entité corporelle n'a pas de réalité conceptuelle ou théorique en sociologie et leur entité comme groupe est difficilement cernable. Ils ne sont pas de même sexe. Ils ne forment pas une classe sociale. Ils ne se résument ni à un groupe d'intérêts, ni à un groupe ethnique, ni à un groupe d'âge.

Il faut souvent inventer de toutes pièces ou s'inspirer d'analyses non sociologiques (philosophie, psychologie, psychanalyse, modèles de physique et de mathématique) pour parvenir à rendre compte de ce vécu que les cadres conceptuels traditionnels relèguent au silence ou aux « *missing values* ». Est-ce le secteur lui-même, producteur de services où la vie, la souffrance et la mort sont prises en charge par une panoplie de professionnels dominés, qui ne peut être saisi par les théories courantes ? Est-ce la tradition sociologique qui dirige la sociologie de la santé vers un découpage inadéquat du réel ? Ou

est-ce la sociologie de la santé qui ne pose pas les bonnes questions, n'osant se diriger vers une problématique du corps? Nous ne saurions répondre à ces questions.

La sociologie de la santé fait éclater les divisions disciplinaires et théoriques, mais elle ne s'en démarque pas encore. Parviendra-t-elle à découper le réel en fonction du corps, cette entité micro-sociologique, sans tomber dans l'écueil des analyses partielles? Parviendra-t-elle à assumer, pour quelque temps, l'éclectisme théorique que la santé et le corps lui imposent? Ou devra-t-elle s'avouer vaincue, à la remorque des phénomènes sociaux, incapable de définir l'objet de recherche et sa relation à l'objet hors des sentiers politiques dominants et des disciplines traditionnelles?

SUJET/OBJET : DEUXIÈME ÉCLATEMENT THÉORIQUE

Si la sociologie tente de replacer la santé dans une problématique globale, les femmes cherchent à reconquérir leur vie écartelée entre les pouvoirs extérieurs à elles — l'État, le clergé, la médecine, la famille et le capital. Ces questionnements vont dans le même sens : restructurer et rapatrier ce qui avait été fragmenté, disloqué. La restructuration de la compréhension de la santé entraîne un éclatement disciplinaire et théorique ; les questions que posent les femmes provoquent un second éclatement, plus grand encore. Si les chercheurs ont dû se heurter aux limites de la macro-sociologie pour s'approcher de la nécessité d'articuler une sociologie du corps, les femmes se sont, elles, situées d'emblée sur ce terrain.

Trois aspects fondamentaux caractérisent la démarche féministe, si on la compare à la recherche : le refus de la distanciation entre sujet et objet, la redécouverte de l'entité du vécu des femmes ainsi que le refus de la généralisation. Ce dernier aspect déborde le féminisme : le courant radical en sociologie de la santé s'en approche, dans la mesure où il cherche à redéfinir la santé de manière plus globale, dépassant le réductionnisme biochimique propre à la médecine. La particularité des femmes est, en effet, d'avoir posé des questions existentielles à partir du corps : se réapproprier leur corps pour se réapproprier leur vie. Cette réappropriation n'est possible qu'en brisant la distance établie avec le corps. Les femmes ne pouvaient se reconstruire une autonomie qu'en dépassant la fragmentation de leur existence. Or, cette volonté de refaire l'unité entre sujet et objet, de restructurer le réel autour du sujet lui-même et de ne pas chercher à formuler des généralités sur des objets restreints est en flagrante contradiction avec les traditions scientifiques. Si la sociologie de la santé, dans son éclatement, n'est qu'au seuil d'une nouvelle approche de la santé et a du mal à s'imposer³¹, la recherche sur la santé des femmes ne pouvait pas, à son tour, être facile.

Les chercheuses qui se hasardent à briser la distance entre sujet et objet, suivant ainsi le chemin des femmes, sont cataloguées comme «émotives»; le lien entre «vie privée» et recherche qu'elles tentent de faire, apparaît comme peu crédible. Que la découverte de soi fasse partie du processus de recherche est perçu comme une aberration ou un manque de maturité. Que le rejet instinctif d'une hypothèse de travail soit considéré au même titre qu'une corrélation non significative est vu comme une hérésie. En fait, il s'agit là de recherches inductives dont les données brutes sont souvent des témoignages. Pour qu'une telle démarche soit menée à terme, il faut du temps, à la fois parce que les méthodes sont plus longues (par exemple, les histoires de vies) et parce que le temps nécessaire à la réflexion et à la «digestion» est plus considérable. Ces recherches sont difficilement subventionnées parce qu'elles ne portent pas sur un objet

31. Margaret Gold, dans une revue des recherches publiées dans le *Journal of Health and Social Behavior* (revue officielle de sociologie médicale de l'American Sociological Association) entre 1960 et 1976, montre que 60% des articles portent sur l'étude des populations de patients, leurs attitudes, leurs attributs et leur comportement. Il s'agit là de sociologie «dans» la médecine. Cf. M. Gold, «A Crisis of Identity: the Case of Medical Sociology», *Jour. of Health and Social Behavior*, vol. 18, n° 2, pp. 160-168, 1977.

bien circonscrit, qu'elles sont longues et qu'elles utilisent des méthodologies « molles » (*soft*).

La recherche féministe en milieu universitaire n'est pas facile. Les chercheuses sont marginalisées dans leur propre milieu; l'autre jonction possible est celle qui peut s'opérer avec le Mouvement. Le prix à payer pour cette jonction est l'obligation de ne pas entrer en contradiction avec celui-ci. Et ceci, d'autant plus que la soumission minimale aux lois du monde universitaire rend les chercheuses suspectes aux yeux du Mouvement. C'est ainsi que là où le Mouvement a pris position, les chercheuses bien souvent taisent leurs questions encombrantes ou se contentent d'alimenter et d'appuyer la parole féministe en lui fournissant des « munitions » — des preuves scientifiques. Les contraintes propres à la recherche scientifique ainsi que la crainte d'affaiblir le Mouvement cantonnent bien souvent les recherches à un découpage bien restrictif de la vie des femmes. L'ensemble des études connues témoignent de cette démarche morcelée: par exemple, l'analyse de l'accouchement et de l'avortement est constamment scindée. La seule juxtaposition d'études parcellaires ne permet pas de rendre compte de la complexité du vécu des femmes. Ces recherches ont leur utilité; cependant, elles ne permettent pas de poser les bases d'une analyse globale de la condition des femmes qui se dégagerait des dogmes de tout acabit.

Prises dans cet étau, cherchant un débouché pour amorcer une analyse plus pénétrante, certaines chercheuses ont réorienté leur tir vers des préoccupations moins centrales pour le Mouvement et moins suspectes pour le milieu universitaire: le travail. Dans le domaine de la santé, la présence des femmes comme productrices de soins permettait à la fois de s'éloigner du corps sans le perdre tout à fait de vue. Un certain nombre de recherches ont abordé des aspects du travail des femmes en s'inspirant bien souvent d'hypothèses féministes et en s'appuyant sur les théories connues sur le travail ainsi que sur les méthodes de recherche courantes. C'est ainsi qu'on a abondamment documenté les difficultés et le mode d'insertion des femmes dans la profession médicale³², leur place dans la hiérarchie des travailleurs de la santé³³ ainsi que l'évolution historique de certaines professions féminines en santé³⁴. Ces recherches rencontrent bien souvent les limites imposées par le découpage du réel propre aux théories du travail... des hommes. Progressivement, des sujets de recherche émergent — telles des études sur les sages-femmes — qui portent plus spécifiquement sur le travail féminin en santé. Ces recherches amènent inévitablement les chercheuses à sortir des théories sur le travail pour saisir les structures profondes du travail féminin, que ce soit par le biais du discours idéologique³⁵ ou de l'analyse du travail domestique³⁶, bref, par le biais du rapport des femmes au monde. L'analyse sur le travail ramène au corps et à une analyse globale de la condition des femmes. Si l'analyse du travail des femmes en santé souffre des lacunes théoriques de la sociologie, il faut noter l'apport important de Magali

32. Voir à ce sujet: M.A. Campbell, *Why Would a Gril Go into Medicine? Medical Education in the U.S.: A Guide for Women*, Old Westbury, N.Y., Feminist Press, 1973; C. Lopate, *Women in Medicine*, Baltimore, the John's Hopkins Press, 1968; M. Howell, «What Medical Schools Teach about Women», *The New England J. of Med.*, vol. 291, August 1974, p. 304-307; M.R. Walsh, «Doctors wanted: No Women Need Apply», dans *Sexual Barriers in the Medical Professions 1835-1975*, New Haven Connecticut, Yale University Press, 1977; E. Carpenter, «Women in Male-Dominated Health Professions», *Int. J. of Health Serv.*, vol. 7, n° 2, pp. 191-207, 1977.

33. Notamment: C.A. Brown, «Women Workers in the Health Service Industry», *Int. J. of Health Serv.*, vol. 5, n° 2, 1975; B. Ehrenreich et J. Ehrenreich, «Les travailleurs hospitaliers américains: vers une polarisation de classes?», dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher, J. Llambias-Wolff, *op. cit.*

34. B. Ehrenreich et D. English, *Sorcières, sages-femmes et infirmières*, *op. cit.*; K. Cannings et W. Lazonick, «The Development of the Nursing Labor Force in the U.S.: A Basic Analysis», *Int. J. of Health Serv.*, vol. 5, n° 2, pp. 192-201, 1975; S. Reberby, «The Search for Hospital Yardstick: Nursing and the Rationalization of Hospital Work», dans *Health care in America: Essays in Social History*, sous la direction de Reberby, S., Rosner, D., Philadelphie, Temple University Press, pp. 206-225, 1978.

35. Louise Hélène Trottier, *Évolution de la profession infirmière au Québec*, mémoire de maîtrise en sociologie, Université de Montréal, sera déposé au cours de l'année 82.

36. D. Gaucher, «La vraie nature féminine» ou les dessous de la division du travail hospitalier», dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher et J. Llambias-Wolff, *op. cit.*

Sarfatti-Larson³⁷ au niveau de la sociologie des professions. S'interrogeant sur les professions dominées (essentiellement féminines), Sarfatti-Larson suggère qu'au-delà du corporatisme, leurs luttes sont porteuses de changements. Il s'agit là d'un outil précieux pour qui veut se pencher sur l'apport spécifique des femmes au niveau du travail.

Ainsi, c'est peut-être par le biais d'analyses du travail en santé que se développeraient en sociologie des théories capables d'englober la réalité des femmes. Est-ce là un premier pas vers une redéfinition, certes plus ardue, des problématiques de santé autour du corps comme lieu d'insertion dans le réel? Ce pas franchi, la sociologie serait sans doute plus près qu'elle ne l'a jamais été de *parler de la vie*.

CONCLUSION

Le mouvement des femmes en questionnant la distance sujet-objet, en refusant la généralisation et en cherchant à reconquérir le vécu écartelé des femmes, place en porte-à-faux la production scientifique. Ce choc, la sociologie de la santé est presque prête à le recevoir. Et, c'est peut-être grâce à lui qu'elle parviendra à poser vraiment différemment les questions de santé, à découper le réel autrement et à reconstruire les cadres analytiques. La démarche des femmes servira peut-être de tremplin à la sociologie de la santé, lui permettant d'analyser la santé dans son rapport à la vie, y réintégrant l'ensemble des dimensions sociales, économiques, politiques, biologiques et psychologiques qui la déterminent. Alors, peut-être la sociologie de la santé pourra-elle traduire analytiquement un vécu qui, pour le moment, est confiné au silence par la science, mais auquel la production littéraire fait écho de plus en plus fréquemment.

Je suis jeune et riche et cultivé ; et je suis malheureux, névrosé et seul. Je descends d'une des meilleures familles de la rive droite du lac de Zurich, qu'on appelle aussi la Rive dorée. J'ai eu une éducation bourgeoise et j'ai été sage toute ma vie. Ma famille est passablement dégénérée, c'est pourquoi j'ai sans doute une lourde hérédité et je suis abimé par mon milieu. Naturellement j'ai aussi le cancer, ce qui va de soi si l'on en juge d'après ce que je viens de dire³⁸.

RÉSUMÉ

Les remises en question des femmes ainsi que celles des sociologues de la santé provoquent un double éclatement de la recherche académique. Pour analyser la santé, la sociologie a dépassé la critique politico-économique afin d'amorcer une critique culturelle. Pour contrôler leur vie, les femmes reprennent possession de leur corps, ce qui pose à la sociologie de la santé le problème de l'intégration du vécu dans les pratiques de recherche et la nécessité d'une problématique sociale du corps.

SUMMARY

Challenges presented by women and by medical sociologists have been the cause of a two-way rupture in academic research. In analyzing health, sociology has gone beyond political economic critique, and has moved toward a cultural critique. To control their lives, women have repossessed their bodies, thereby presenting medical sociology with the problem of integrating life experience into research practices and with the necessity of creating a model for the social analysis of the body.

RESUMEN

El cuestionamiento de las mujeres, así como de los sociólogos de la salud provocan un doble estallido de la investigación académica. Para analizar la salud, la sociología ha sobrepasado la crítica político-económica con el fin de iniciar una crítica cultural. Para controlar su vida, las mujeres retoman posesión de sus cuerpos, lo que plantea a la sociología de la salud el problema de la integración de lo vivido en las prácticas de investigación y la necesidad de una problemática social del cuerpo.

37. M. Sarfatti-Larson, *The Rise of Professionalism; a Sociological Analysis*, Berkeley, University of California Press, 309 p., 1977.

38. Fritz Zorn, *Mars*, Paris, Gallimard, 1977, p. 29.