

# CHANG EONSD ELUNE TTES !

POUR UNE  
APPROCHE  
GLOBALE ET  
FÉMINISTE  
DE LA SANTÉ





*Changeons de lunettes !*

Pour une approche  
globale et féministe  
de la santé

## Crédits

Recherche et rédaction : Isabelle Mimeault

Assistantes à la recherche : Sophie le Blanc  
Émilie Hermitte

Révision linguistique et correction d'épreuves : Maryse Dionne

Design graphique : ATTENTION design+, Alain Roy et Jade Lussier

La réalisation de ce projet a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada. Nous remercions également le Groupe d'éducation-santé du Québec pour sa participation.

Les opinions exprimées et les positions adoptées sont celles du RQASF et ne traduisent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada. Le RQASF souscrit à une politique de féminisation.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-923269-09-8

© RQASF, 2008

# Table des matières

Table des compléments .....	7
Présentation du RQASF .....	9
<b>Introduction .....</b>	<b>11</b>
Notre démarche.....	12
Les objectifs et les limites du document .....	13
À qui cet outil s'adresse-t-il?.....	13
Présentation du document .....	14
<b>Chapitre I. Des yeux pour voir: contexte et fondements théoriques .....</b>	<b>17</b>
1.1 Sur la scène: des inégalités croissantes .....	20
1.2 Derrière les masques: le fonctionnalisme.....	27
1.3 Sous le maquillage: l'essentialisme .....	31
1.4 Changer de décor pour un féminisme rassembleur .....	36
<b>Chapitre II. La biomédecine: médicaliser la santé et la vie .....</b>	<b>41</b>
2.1 Une définition mécaniste et spécifique de la santé .....	43
2.2 Une vision uniformisante, curative et interventionniste de la santé.....	50
2.3 Une médicalisation tous azimuts.....	59
2.4 Un monopole couteux .....	63
<b>Chapitre III. Des savoirs divergents, voies d'une approche globale de la santé .....</b>	<b>69</b>
3.1 La santé comme rapport social .....	71
3.2 Le droit à la santé dans une perspective globale.....	73
3.3 Déterminants et promotion de la santé .....	74
3.4 Du mouvement de la médecine holistique à la nouvelle médecine des émotions.....	83
3.5 Les savoirs dits traditionnels .....	88
3.6 Le mouvement pour la santé des femmes .....	91

<b>Chapitre IV. Approche globale et féministe de la santé</b> .....	<b>99</b>
4.1 Vision holistique et relationnelle de la santé .....	100
4.2 Analyses intersectionnelles .....	103
4.3 Prise en compte des déterminants sociaux de la santé.....	110
4.4 Promotion de l'autosanté en tant que prise en charge globale de sa santé .....	115
4.5 Respect de l'autonomie des femmes et de leur droit au consentement éclairé .....	117
4.6 Vision critique de la production des savoirs .....	118
4.7 Prévention et promotion de la santé dans une perspective critique et féministe .....	119
4.8 Ouverture aux savoirs alternatifs et marginalisés .....	121
<b>Conclusion : pour changer de paradigme et (re)définir le santé.....</b>	<b>125</b>
<b>ANNEXE. L'approche féministe de la santé.....</b>	<b>129</b>
Extrait du <i>Cadre de référence. La santé des femmes au Québec</i> , RQASF, 1999 .....	130
<b>SOURCES DOCUMENTAIRES.....</b>	<b>132</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>159</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>167</b>

# TABLE DES COMPLÉMENTS

## Chapitre 1

1.1 Des avancées au Québec.....	23
1.2 Quelques statistiques accablantes .....	23
1.3 Globalisation ou mondialisation?.....	27
1.4 Fonctionnalisme ou libéralisme? .....	29
1.5 Le sens des mots... qui « dirigent » notre pensée .....	31
1.6 Différents courants du féminisme .....	38
1.7 Le sens des mots... Le patriarcat est mort? Vive le patriarcat! .....	39

## Chapitre 2

2.1 Les médecins et la loi médicale .....	46
2.2 Les nanotechnologies .....	49
2.3 La médicalisation de la déficience et du handicap .....	51
2.4 Des métaphores sexistes en biologie .....	53
2.5 Le normal est masculin.....	54
2.6 La médicalisation de la reproduction : ça continue.....	54
2.7 Des accouchements de plus en plus médicalisés : quelques données statistiques .....	57
2.8 L'ostéoporose, comme chute (ou glissement) de sens : de facteur de risque à maladie .....	58
2.9 Le vieillissement de la population : un discours trompeur .....	67
2.10 Vous avez dit : « Marchandisation » de la santé?.....	67
2.11 À lire! Quelques références dignes de confiance .....	68

### Chapitre 3

3.1 Déterminants de la santé : d'où vient ce concept? .....	78
3.2 Santé Canada : les déterminants de la santé .....	79
3.3 Les déterminants de la santé selon l'OMS .....	79
3.4 Le facteur environnemental .....	81
3.5 La Conférence de Vancouver (2007) .....	82
3.6 Trois causes de la « crise » de la biomédecine dans les années 1970.....	85
3.7 Médecine traditionnelle chinoise (MTC).....	89
3.8 Qu'est-ce qu'une approche déprofessionnalisée de la santé? .....	95
3.9 Les impacts du virage ambulatoire sur les femmes .....	96

### Chapitre 4

4.1 Quelques différences physiologiques.....	105
4.2 Discrimination dans les soins d'urgence : résultats d'une recherche torontoise.....	105
4.3 Inégalités de sexe au Canada : quelques exemples .....	108
4.4 Une analyse vraiment intégrée .....	110
4.5 Le sens du travail .....	115
4.6 Les bénéfices de l'autosanté.....	116
4.7 Des inquiétudes quant à l'avenir du système public de santé.....	121
4.8 Plusieurs conséquences négatives du monopole des médecins .....	123

## Présentation du RQASF

Fondé en 1997, le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) est un organisme provincial multidisciplinaire à but non lucratif dont la mission est de travailler solidairement à l'amélioration de la santé physique et mentale des femmes, ainsi que de leurs conditions de vie.

La prévention est au cœur des champs d'action du RQASF qui comprennent la recherche, l'information, la sensibilisation, la formation et la mobilisation. Bien qu'il s'intéresse à la santé et aux conditions de vie de toutes les femmes, le RQASF se préoccupe de la situation des femmes marginalisées, par exemple, en raison de leur statut socio-économique, de leur orientation sexuelle, de leur langue, de leur couleur, de leur origine ethnique ou d'un handicap.

Le RQASF privilégie les partenariats et les collaborations interdisciplinaires, il travaille de concert avec les réseaux de femmes, les ressources communautaires, le réseau de la santé et des services sociaux, les organisations syndicales, les associations et ordres professionnels, le milieu de l'éducation et les médias.

En 2006, le RQASF obtenait le Prix d'excellence du ministère de la Santé et des Services sociaux, dans la catégorie *Prévention, promotion et protection de la santé et du bien-être* pour son programme d'éducation populaire, *Notre soupe aux cailloux : Une œuvre collective pour la santé des femmes au mitan de la vie*, qui traite de la santé des femmes de 40 ans et plus.



# Introduction

«Poursuivant leurs engagements dans l'ensemble des problématiques sociales, les femmes se mobilisent aujourd'hui au moyen de leurs réseaux d'usagères, de travailleuses et de bénévoles ou d'aidantes (...), plus unies et convaincues que jamais de la nécessité de conserver, dans le secteur public, les acquis en matière d'universalité, de gratuité et d'accessibilité des services de même que de maîtrise des dépenses de santé, notamment en ce qui a trait au coût des médicaments et des services médicaux.»

La Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux s'exprime en ces termes dans un cahier de revendications rédigé en 1998 à l'intention du gouvernement du Québec. C'était hier : l'idéologie néolibérale triomphe depuis quelques années déjà ; les événements tragiques du 11 septembre 2001 n'ont pas eu lieu ; les gouvernements conservateur à Ottawa et libéral à Québec ne sont pas élus ; et aucune crise autour des accommodements raisonnables ne s'annonce.

Sur le terrain, des féministes s'activent et dénoncent l'obsession du déficit zéro et les effets du virage ambulatoire sur les femmes. À l'automne 1997, le RQASF constitue un comité de coordination multidisciplinaire pour assurer la bonne marche d'un projet de cadre de référence en santé des femmes.

Dans un premier temps, nous procédons à des consultations partout au Québec pour connaître les besoins et les attentes des femmes en matière de santé. En novembre 1998, un Forum national permet de dégager des stratégies visant l'amélioration des services de santé et leur adéquation aux besoins des femmes. Le *Cadre de référence : La santé des femmes au Québec* qui présente notre vision de l'approche globale et féministe de la santé est enfin publié en 1999. En raison de la conjoncture actuelle, ce document nécessitait une mise à jour.

En effet, une réelle accentuation des inégalités menace de plus en plus sérieusement nos «acquis»... Mais ces acquis en étaient-ils vraiment? Le système médical soulève toujours autant de questions et d'insatisfactions. De réforme en

réforme, les gouvernements investissent beaucoup d'argent dans la santé, ce qui en partie sert à légitimer leur appel à la privatisation des services. Face à ce raz de marée provoqué par la globalisation, comment devons-nous réagir? Que peut faire la société civile? Que peuvent faire les organismes communautaires? Dans le mouvement pour la santé des femmes et d'autres organisations dites progressistes, le sentiment d'urgence d'agir est palpable. Mais avec quels moyens?

Nous constatons de toutes parts le besoin d'une meilleure appropriation de l'approche globale et féministe de la santé. Dans un monde où les mots sont des armes aussi subtiles que massives, il importe de soutenir nos positions avec, dans la tête, une compréhension éclairée des mots que nous avons à la bouche.

## Notre démarche

Le 15 septembre 2006, le RQASF organise une journée de discussion autour d'une proposition de mise à jour du document *Cadre de référence: La santé des femmes au Québec* (1999). Cette rencontre nous convainc de poursuivre sur notre lancée. Au cours de l'année 2007, nous mettons à contribution nos différents travaux, consultations et représentations menés dans diverses régions du Québec. La recherche inclut des travaux scientifiques ainsi que des documents d'organisations gouvernementales et non gouvernementales des paliers international, national et régional.

L'ensemble de cette démarche affine et enrichit notre compréhension des besoins des actrices du mouvement pour la santé des femmes au Québec. Le document que vous avez en main ne consacre pas un revirement ou un changement de position par rapport à la première version. **Il est issu d'une volonté partagée de présenter une édition entièrement renouvelée et d'aller beaucoup plus en profondeur dans la proposition d'une autre approche de la santé**: nos analyses s'appuient sur des recherches menées dans une perspective critique et elles sont rigoureusement documentées.

Pour qu'il soit plus facile de comprendre les critiques féministes de la vision commune de la santé, cette nouvelle édition du *Cadre de référence* accorde une grande place à la question de la biomédecine, une approche de la santé et de la maladie maintenant privilégiée sur toute la planète, ou presque. Une fois cette perspective mise en lumière, nous devons également exposer d'où vient l'approche globale et féministe de la santé.

## Les objectifs et les limites du document

Ce document veut contribuer à : expliquer, définir, clarifier et diffuser l'approche globale et féministe de la santé ; fournir une lecture critique du contexte historique et des effets de l'approche biomédicale sur la santé des femmes ; rendre accessible un outil de référence bien documenté sur l'approche globale et féministe de la santé.

Nous sommes conscientes des limites d'un tel ouvrage. Plusieurs problématiques ne sont explorées que brièvement. Nous reconnaissons avoir pris quelques raccourcis pour limiter l'ampleur des explications.

## À qui cet outil s'adresse-t-il ?

Considérant ces limites et le fait qu'il s'agit d'un document plutôt théorique, nous avons apporté une attention particulière aux références documentaires pour permettre à toute personne moins familière avec notre lecture des enjeux politiques et sociaux de poursuivre par elle-même la démarche. Les nombreuses références et les citations permettent d'identifier facilement où trouver de l'information supplémentaire.

Nous avons également enrichi notre contenu de plusieurs compléments (voir la liste) qui permettent de mieux saisir nos propos ou de revoir le « sens des mots » ; nous utilisons aussi des « bulles » pour commenter le texte, préciser des concepts peu courants ou ajouter des réflexions. Cet outil d'analyse permet d'ouvrir différents tiroirs susceptibles de proposer un grand nombre de pistes à explorer.

Les organismes ont besoin de s'outiller pour réfléchir à leurs actions et pour former les nouvelles intervenantes. Nous espérons que ce document leur sera utile. Nous souhaitons aussi intéresser tout organisme concerné par la santé; nous voulons que le personnel du réseau de la santé se familiarise davantage avec l'approche globale et féministe de la santé; nous espérons amener la population à se poser des questions sur la santé telle que présentée dans les médias et à réfléchir sur les rapports entre les hommes et les femmes. Les positions soutenues dans ce document nous concernent toutes et tous.



### Ce qui est en jeu

Les enjeux dont nous discutons dans ce document dépassent le cadre précis de la santé des femmes. L'approche globale et féministe en santé vise le mieux-être de tous et de toutes. Selon l'UNICEF, «l'égalité des sexes réduit la pauvreté, tout en sauvant et en améliorant des vies».

## Présentation du document

Déjà, dans sa première édition, le *Cadre de référence* affirme la nécessité de «définir la santé pour agir». Qu'est-ce que la santé? Quels sont les besoins des femmes en cette matière? Quels sont leurs droits? Ces questions ne sont pas si simples qu'il y parait et exigent une réflexion approfondie. Pour que la santé des femmes et de toute la population s'améliore, nous proposons de **redéfinir la santé selon une perspective globale** et d'en tirer les conséquences. Les quatre chapitres du document s'y attachent résolument.

Le social étant complexe, nous souhaitons éviter autant que possible de le simplifier. **Nous nous méfions des oppositions commodes mais combien réductrices des réalités humaines historiques multidimensionnelles.** C'est pourquoi le premier chapitre est entièrement consacré à décrire avec quelles lunettes nous apprécions le monde. Nous exposons notre compréhension du contexte historique actuel, des idées qui mènent notre société et des rapports de pouvoir qui produisent l'accroissement des inégalités. Le chapitre se termine par une discussion sur le féminisme. Notre regard se veut d'abord analytique, et

non moralisateur. Bien que plus ardues, ces explications nous semblent utiles à la compréhension des critiques féministes de la biomédecine.

Pour régner en toute quiétude, l'approche biomédicale de la santé préfère l'obscurité. Tirant parti des explications du premier chapitre, nous cherchons, dans le deuxième chapitre, à jeter un peu de lumière sur les jeux de coulisses par lesquels cette approche s'impose à nos esprits. Y sont présentés les caractéristiques de cette approche de la santé et ses impacts, en particulier sur les femmes.



### Tout savoir est temporaire

Certaines données sur lesquelles nous nous appuyons seront dépassées plus ou moins rapidement. Des mises à jour, des approfondissements et des contenus supplémentaires seront régulièrement mis en ligne sur notre site Web [www.rqasf.qc.ca](http://www.rqasf.qc.ca).

Le troisième chapitre cible l'approche globale de la santé et présente des perspectives différentes de l'approche dominante, dont celles du mouvement pour la santé des femmes. Sans être critiques de la même manière, toutes constituent des voies à explorer pour une approche globale de la santé.

Dans le quatrième et dernier chapitre, nous présentons notre conception de l'approche globale et féministe de la santé. Les huit sections qui le composent sont complémentaires et étroitement reliées. Ce sont là, en quelque sorte, les **différentes caractéristiques ou composantes de l'approche globale et féministe de la santé**. Bien que déjà incluses dans le premier *Cadre de référence*, elles n'y étaient pas présentées de manière aussi explicite. Ces sections s'appuient sur les contenus développés dans les autres chapitres. En annexe, nous reproduisons la section de la première édition du *Cadre de référence* consacrée à la définition de l'approche féministe, qui établit une comparaison avec l'approche dominante.

Nous espérons qu'avec ce document vous aurez une meilleure compréhension de la complexité du social et des enjeux de santé, pour saisir toute l'importance de développer son sens critique, de remettre en question ce que les médias, le voisinage, l'école ou la médecine nous font croire. Ouvrons l'œil!



*Chapitre I.*

Des yeux  
pour voir : contexte  
et fondements  
théoriques

Avec quelles lunettes observons-nous le monde? Quelle est la scène? Afin de mieux saisir les autres chapitres de ce document, nous explorons ici différents sujets théoriques mais pertinents dans la pratique. Aucun regard, aucun savoir n'est neutre... L'honnêteté commande une présentation des **positions**, des **présupposés** et des **convictions** qui nous motivent, puisqu'ils **fondent notre approche de la santé**.

Les problématiques abordées sont très vastes. Malheureusement, certains sujets importants n'ont été qu'effleurés. La discussion se limite aux éléments qui nous semblent les plus pertinents à la compréhension de l'approche globale et féministe de la santé.

**Contrairement aux analyses binaires et simplificatrices, à la pensée unique et totalisante, nous suggérons que plusieurs explications d'une question donnée peuvent cohabiter, en se complétant.** De la même manière, les féministes s'accommodent des différents courants qui composent leur mouvement, dont fait partie le mouvement pour la santé des femmes.

Nous nous inspirons notamment de la sociologie de Pierre Bourdieu <sup>a 1</sup>, une approche compréhensive et relationnelle du social qui cherche à révéler ce qui se trouve en amont des phénomènes. Toute réalité n'est jamais figée dans le temps ni dans l'espace, elle est toujours dynamique et fluctuante selon les contextes.



Le sens des mots,  
le sens de l'histoire...

L'Histoire est au centre d'une approche compréhensive : on cherche à comprendre ce qui « se joue » entre les actrices et les acteurs, quels sont les intérêts en jeu et quels non-dits se cachent derrière ce qui se dit. Attention : les mots ont un sens...

---

a L'approche de Bourdieu est utile pour comprendre la permanence des structures sociales. Selon nous, toutefois, il ne faut pas sous-estimer les capacités motrices et subversives de la conscience humaine face à l'oppression. Nous savons qu'il existe une controverse autour de son essai *La domination masculine* (1998). Nous pouvons désapprouver chez Bourdieu un apparent « androcentrisme » (du grec andro : homme mâle) et sa non-prise en compte des travaux féministes sur le sujet. Nous n'irions pas jusqu'à l'accuser de masculinisme comme le fait Léo Thiers-Vidal. Avec Anne Witz, nous nous posons des questions sur les limites d'une analyse qui applique au monde contemporain les résultats d'une étude de terrain réalisée autour des années 1960 dans la société kabyle (Algérie).

Nous souhaitons faire la lumière sur certains processus de légitimation de la pensée commune<sup>b</sup>, pour montrer comment s’instaure le discours légitime, lieu d’enjeux. Ces enjeux s’inscrivent dans des contextes historiques et sociaux précis. **De vieilles idées apparemment révolues peuvent ressurgir et se parer d’une légitimité toute neuve.** Paradoxalement, des résistances engagées contre le discours ambiant ou le sens commun peuvent utiliser des idées propres à ce discours même. Manque de cohérence? Peut-être, en partie. Efficacité du discours commun? Certainement. **Pour attirer l’attention sur les idées reçues (souvent admises sans qu’on en prenne conscience) il faut révéler leur vrai visage, que cachent plusieurs couches de maquillage.**

Pour arriver au cœur de la problématique, nous suivons l’itinéraire suivant :

- › une première séquence décrit à grands traits les scènes nationale et internationale actuelles, en évoquant quelques fragments d’une histoire des droits des femmes;
- › une deuxième présente des clés, c’est-à-dire des explications pour comprendre ce contexte et le jeu des rapports sociaux;
- › une troisième fournit d’autres outils pour expliquer les dynamiques sous-jacentes à ces rapports, parmi lesquels le sexisme et le racisme;
- › une quatrième et dernière séquence détaille la multiplicité des féminismes, examine leur contribution à l’explication des rapports sociaux et s’arrête sur des propositions d’avancées stratégiques (et non de repli).

Nous proposons donc les fondements de nos positions féministes et de notre approche globale de la santé, sur lesquels les autres chapitres s’élaborent et s’appuient.

<sup>b</sup> Ce que Bourdieu appelle la doxa : ce qui va de soi sans être discuté. Dans la même famille de mots : *orthodoxe*, *hétérodoxe*, *paradoxe*...

## 1.1 Sur la scène : des inégalités croissantes

Jetons un bref regard en arrière, pour mettre nos pendules historiques à l'heure. Nous pourrions mieux comprendre certains effets des contextes économiques et sociaux sur la situation des femmes au Québec et ailleurs dans le monde.

### Un peu d'histoire...

À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, une première vague de libéralisation des échanges économiques entraîne un vif accroissement des inégalités sociales. Suivent la Première Guerre mondiale (1914-1918) et la crise économique de 1929. Les États adoptent alors des mesures sociales inspirées des théories de l'économiste britannique John Maynard Keynes (1883-1946), pour limiter les effets dévastateurs de la crise. De nouvelles politiques keynésiennes suivent la Seconde Guerre mondiale (1939-1945). Keynes prône « l'intervention des pouvoirs publics et donc une réglementation appropriée, pour corriger la tendance du capitalisme au monopole et à l'insensibilité sociale<sup>2</sup> ». Les Trente Glorieuses, comme on appelle les années 1945-1975, sont marquées par des changements sociaux, politiques, économiques et culturels profonds.

Dans les années 1980, une seconde ère de libéralisation s'amorce avec l'arrivée au pouvoir de gouvernements néolibéraux. Selon les économistes néolibéraux opposés à Keynes, tels l'Autrichien Friedrich Hayek (1899-1992) et l'États-unien Milton Friedman (1912-2006), les cinq impératifs du néolibéralisme sont la **déréglementation**, la **privatisation**, la **libéralisation**, la **flexibilité du travail** et la **réingénierie de l'État**<sup>3</sup>.

### Des avancées fragiles pour les femmes...

Au cours du XX<sup>e</sup> siècle, les femmes du Nord conquièrent graduellement l'espace public. Elles accèdent à la majorité juridique et au statut de personne. La Charte des Nations Unies reconnaît ces deux principes en 1945.

En 1993, la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*<sup>4</sup> (CEDAW) est endossée et ratifiée par de nombreux États (mais pas par les États-Unis). Dans son préambule, elle proclame que les femmes

doivent bénéficier « universellement des droits et principes consacrant l'égalité, la sécurité, la liberté, l'intégrité et la dignité de tous les êtres humains<sup>5</sup> ». Les négociations pour arriver à un texte final sont laborieuses et plusieurs États émettent des « réserves » parfois majeures. L'Arabie saoudite, par exemple, invalide toute mesure contraire à la Charia, la loi islamique<sup>6</sup>.

Même si on observe des progrès sur le plan juridique depuis la Conférence de Beijing (1995), il demeure difficile de faire avancer la cause des femmes dans une majorité de pays<sup>7</sup>. Selon Pierre Sané, sous-directeur général de l'UNESCO pour les Sciences sociales et humaines et ancien directeur général d'Amnesty International, le droit international ne protège pas encore adéquatement les femmes car il institue une distinction entre la sphère dite privée (le foyer, la famille) et la sphère publique (institutions politiques, judiciaires et sociales). « L'interprétation [du droit] de ne pas être torturé a ainsi laissé de côté la violence à l'égard des femmes au sein de la famille (telle que la violence domestique) et dans la communauté (par exemple, les mutilations génitales féminines)<sup>8</sup> ».

Au Québec et au Canada, les femmes obtiennent le droit de vote, le droit d'être élues, de travailler, d'étudier dans le domaine de leur choix, de contrôler leur fertilité. Aujourd'hui, les avancées sont importantes, mais les progrès ne sont pas retentissants dans tous les domaines. Rappelons qu'à compétence égale, une majorité de femmes continuent de gagner environ 70 % du salaire des hommes, tout en assumant davantage de responsabilités domestiques et familiales<sup>9</sup>. Elles sont les premières victimes de violences sexuelles et domestiques. Elles demeurent minoritaires dans les parlements et les conseils d'administration de sociétés publiques et privées. Les percées des discours antiféministes inquiètent<sup>10</sup>.

Le sort des femmes du Sud, qui vivent bien loin de nous, contraste brutalement avec celui des femmes du Nord<sup>11</sup>. Dans de nombreux pays, la vie d'une femme vaut moins que celle d'un homme. Les femmes sont confrontées aux avortements sélectifs, aux infanticides, aux viols de guerre, aux mutilations sexuelles et aux

<sup>c</sup> Selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), on constate une tendance positive entre 1986 et 1998 en ce qui concerne le partage du temps domestique (voir Laroche, 2001).

crimes d'honneur. Le tourisme sexuel et l'esclavage moderne sont très répandus. Des millions de petites filles et de femmes se voient refuser l'accès à l'éducation. Dans de nombreux pays, la maternité met la santé et la vie des mères en péril.

Attention toutefois! Ne tombons pas dans la caricature: l'ensemble des femmes du Sud ne vivent pas dans la misère ou la peur. Comme en Occident, une catégorie de femmes privilégiées accède aux meilleures universités et aux meilleurs soins de santé, vit dans l'opulence, et sa sécurité personnelle n'est pas menacée.

N'oublions pas qu'ici même au Québec, de nombreuses femmes sont laissées pour compte, peinent à nourrir et à loger convenablement leurs enfants, dans un pays qui se targue d'être parmi les «meilleurs au monde». La situation des femmes autochtones illustre à l'extrême cette contradiction.



### Ce qu'en dit Nelson Mandela...

« La pauvreté et les inégalités sont de si terribles fléaux de notre temps qu'ils ont leur place aux côtés de l'esclavage et de l'apartheid. » N. Mandela, dans un discours prononcé à l'occasion d'une réunion du G7 financier à Londres, le 4 février 2005<sup>12</sup>.

---

## COMPLÉMENT

**1.1****DES AVANCÉES AU QUÉBEC<sup>13</sup>**

Mesures mises en place dans les années 1960 (notamment):

- › La Loi sur la capacité juridique de la femme mariée
- › Des prestations d'aide sociale pour les plus démunies

Dans les années 1970 (notamment):

- › La Charte québécoise des droits et libertés de la personne
- › Le régime d'assurance maladie, les cliniques d'avortement...

Dans les années 1980 (notamment):

- › La Loi instituant un nouveau Code civil qui reconnaît l'égalité des époux
- › La Loi sur le patrimoine familial

Dans les années 1990 (notamment):

- › La Loi sur l'équité salariale
- › Le régime d'assurance médicaments

## COMPLÉMENT

**1.2****QUELQUES STATISTIQUES ACCABLANTES**

Dans *Le livre noir de la condition des femmes*, paru en 2006, Christine Ockrent et ses collaborateurs passent en revue les atteintes aux droits des femmes dans le monde. Quelques exemples? Femmes « manquantes » en Asie: 90 millions (p. 30); crimes d'honneur dans le monde musulman (adultère reconnu ou soupçonné, viol, grossesse hors mariage): 5 000 filles et femmes tuées chaque année; mortalité maternelle (évitabile): 500 000 femmes chaque année (p. 233); traite des femmes: 500 000 personnes acheminées vers l'Europe en 2002 (p. 450); tourisme sexuel: 200 000 adeptes selon l'UNICEF (p. 521)...

## **Des résistances persistantes**

Malgré la profondeur des bouleversements culturels et sociaux que nous avons évoqués, le schéma du couple hétérosexuel traditionnel continue de moduler les rapports hommes-femmes<sup>14</sup>. On assiste à un «désarroi des hommes»<sup>15</sup> et à la crise des stéréotypes de la féminité et de la masculinité<sup>16</sup>. À partir de son expérience clinique en France, la psychiatre et psychanalyste Marie-France Hirigoyen constate :

«La société prépare toujours les garçons à occuper un rôle dominant, à ne pas douter de leur puissance, mais la réalité se charge vite de leur montrer que cette posture n'est plus tenable. Cependant, ils ont du mal à l'accepter, car on a censuré chez eux les expressions de faiblesse, et ils n'ont souvent pas d'autre recours que la colère et la jalousie, les seules émotions qu'ils n'ont pas appris à contrôler<sup>17</sup>.»

Aux États-Unis, les droits des femmes en matière d'éducation, de travail et de liberté sexuelle subissent des reculs sous l'assaut des politiques conservatrices des derniers gouvernements républicains. Une coalition ultra-conservatrice composée d'une certaine intelligentsia réactionnaire, de médias, de membres de différentes Églises appuie l'élection du président G. W. Bush<sup>18</sup>. Des menaces réelles pèsent sur le droit à l'avortement. Le Canada suit les mêmes tendances<sup>19</sup>.

## **Et des inégalités bien réelles**

La globalisation actuelle concrétise l'utopie ultra-libérale en faveur de la maximisation sans limites de la croissance et des profits, ceux des compagnies transnationales. Tel que prescrit, la globalisation rime avec exploitation, compétitivité, précarité du travail et privatisation des services sociaux. Retraçons d'abord à grands traits le scénario de plusieurs ententes internationales, qui prévoient nommément la privatisation de la santé et de l'eau<sup>20</sup> et qui se sont négociées en catimini. Ensuite, constatons-en les effets depuis les années 1980.

L'action se déroule entre 1981 et 1992, avec dans le rôle titre un lobby de grands patrons états-unien (American Express, la pharmaceutique Pfizer, etc.)<sup>21</sup>. Les rôles de soutien sont assurés par le commissaire de la Maison Blanche en matière de commerce international (qui relève directement du Président) et la Business

Council on National Issues (BCNI). La BCNI regroupe les 150 plus grandes sociétés implantées au Canada (qui ne sont pas nécessairement canadiennes) telles Imperial Oil, Texaco, Kodak, IBM. Les membres du gouvernement canadien ne sont que des figurants.

De déjeuners en causeries, le lobby états-unien parvient à convaincre le lobby canadien de l'opportunité d'un libre-échange « global » (incluant les services publics) Canada-États-Unis. Le commissaire de la Maison Blanche avertit que **l'initiative doit avoir l'air canadienne**. Une fois converti à l'idée, le BCNI découvre dans ce projet un bon moyen d'ébranler l'État providence (logement, travail, assurance chômage, etc.).

De déjeuners en causeries, le premier ministre B. Mulroney devient un fervent défenseur de l'idée d'un accès au marché états-unien. Les négociations débutent en 1986. De déjeuners en causeries, B. Landry et J. Parizeau deviennent également d'ardents partisans de ce projet. En 1988, après 18 mois de négociations « rocambolesques »<sup>22</sup>, l'accord de libre-échange (ALÉ) est signé par R. Reagan et B. Mulroney. Cet accord ouvre déjà la voie à la « commercialisation des services », et à l'affaiblissement du « pouvoir d'intervention de l'État canadien », tout en établissant de « nouvelles règles du jeu » favorables aux investisseurs étrangers<sup>23</sup>. En ce qui concerne les clauses relatives aux investissements étrangers et aux services, l'ALÉNA, signé en 1992, sera encore plus élaboré (il inclut tous les services, l'agriculture et le patrimoine génétique de la Terre)<sup>24</sup>.



### Une aura positive enveloppe les termes développement et croissance

Qu'est-ce que le développement et la croissance, sinon une intensification de l'exploitation des ressources de la terre pour permettre la surconsommation dans les pays du Nord? Selon l'économiste (critique) Serge Latouche, le développement est « une entreprise visant à transformer les rapports [des humains] entre eux et avec la nature en marchandises. Il s'agit d'exploiter, de mettre en valeur, de tirer profit des ressources naturelles et humaines. »<sup>31</sup> Développement et croissance ouvrent la porte à la marchandisation de tout ce qui peut s'offrir sans limites, créant des besoins, illimités...

Les impacts de ces ententes ont été graduels. Sachons que les populations du Sud ont goûté bien avant celles du Nord aux politiques de privatisation. « Le Sud comme laboratoire de notre futur<sup>25</sup>? » Un nombre croissant d'études l'indique<sup>26</sup>.

Depuis les années 1980, les écarts se creusent au sein des sociétés canadienne et québécoise, particulièrement pour les membres des minorités racisées, et davantage encore pour les femmes parmi ces minorités<sup>27</sup>. Toutes les statistiques prouvent qu'au Sud comme au Nord, les femmes paient davantage le prix d'une globalisation qui vient accentuer les inégalités existantes<sup>28</sup>.

Comme l'attestent plusieurs rapports, les effets du « développement » sur l'environnement et sur la santé humaine se font sentir sur toute la planète<sup>29</sup>. Une fois de plus, la dégradation de l'environnement et de la santé de la main-d'œuvre souvent féminine est plus dramatique au Sud<sup>30</sup>.

Depuis quelques années, **des économistes admettent que la globalisation accroît les inégalités sociales**. Même le Fonds monétaire international (FMI), si sévère à l'endroit des pays du tiers-monde<sup>d</sup> en convient dans son rapport *Perspectives de l'économie mondiale*<sup>32</sup> : « La tendance des pays pauvres à financer les pays riches s'est poursuivie tout au long de la décennie, suscitant ainsi des questions sur la soutenabilité du phénomène. » Depuis les



### La globalisation : pas dans ma cour?

Outre une augmentation des inégalités, la globalisation signifie un accroissement substantiel de l'interdépendance sociale, économique et culturelle entre les pays. Avec la délocalisation des centres de production, nous profitons à distance de l'exploitation de ceux et celles qui travaillent pour quelques sous par jour<sup>34</sup>. Des manifestations de ce phénomène : en ce qui concerne l'industrie du sexe, pensons au tourisme sexuel en Thaïlande, au Mexique, notamment; en ce qui concerne l'industrie de la santé, pensons au tourisme médical, en pleine croissance. Aux États-Unis, le mensuel *Medical Tourism* lancé en décembre 2007 s'y consacre entièrement<sup>35</sup>.

<sup>d</sup> Le FMI et la Banque mondiale ont imposé aux pays du tiers-monde des politiques d'ajustement structurel visant l'« ajustement » de leurs structures économiques et sociales aux impératifs de la globalisation. Voir Gélinas, 2008, p. 60-64.

années 1980, à cause de la globalisation, les inégalités s'aggravent, tant entre les pays riches et les pays pauvres qu'à l'intérieur des pays mêmes<sup>33</sup>.

#### COMPLÉMENT

### 1.3

#### **GLOBALISATION OU MONDIALISATION ?**

Les deux mots ne sont pas synonymes. La mondialisation remonte à cinq siècles et concerne le développement des échanges culturels, économiques et politiques entre les populations de tous les continents. La **globalisation** est « un phénomène nouveau – un quart de siècle – d'expansion planétaire d'un marché transnational déréglementé qui tend à englober dans la sphère marchande toutes les ressources de la planète et toutes les activités humaines<sup>36</sup> ».

## 1.2 Derrière les masques : le fonctionnalisme

Malgré les atteintes aux droits économiques et sociaux sur toute la planète, malgré les menaces qui pèsent sur l'avenir de l'humanité, seule une infime minorité de la population du Nord s'indigne au point de réclamer des changements. Comment expliquer cette relative apathie ambiante, cette résignation ? S'agit-il plutôt d'un sentiment d'impuissance ? Dans une perspective critique du néolibéralisme, résurgence extrême et efficace du libéralisme du XIX<sup>e</sup> siècle, cette section examine quel discours modèle ces attitudes proches de l'indifférence dans notre société.

#### **Le sens commun**

Le mode de pensée néolibéral carbure au fonctionnalisme. Le fonctionnalisme est une manière de regarder la société sans y voir de contradictions, de conflits, d'antagonismes. **Aveugle aux rapports sociaux, cette approche refuse de prendre les inégalités sociales en considération.** Au nombre de ces disparités figurent les inégalités de statuts social, économique et politique, liées aux inégalités d'accès aux droits et libertés fondamentales. Les inégalités ne sont pas réparties également dans les populations. Partout on constate qu'elles sont distribuées

notamment en fonction du sexe, de l'origine sociale, de l'origine ethnique ou nationale, de la couleur de la peau.

Selon une perspective fonctionnaliste (ou « néo-classique ») de l'économie, par exemple, les deux parties d'un rapport sont des partenaires égaux. Il suffit de laisser la « main invisible »<sup>e</sup> du marché réguler l'économie pour que les personnes s'enrichissent d'elles-mêmes. Nul besoin d'une redistribution des richesses. Pour les tenants de cette vision profondément « méritocratique » et individualiste, les personnes sont par leurs actions les premières responsables de leur sort. Selon cette loi du plus fort qu'on appelle aussi *darwinisme social*, toutes et tous récoltent un jour ou l'autre le fruit de leurs efforts. Des « différences » individuelles existent, mais pas d'inégalités sociales puisque la « société » même n'existe pas. Il en découle que les pauvres méritent de l'être, puisqu'elles et ils n'ont sans doute pas travaillé suffisamment. À ce sujet, rappelons-nous la sortie de Lucien Bouchard, ex-premier ministre du Québec, au sujet des Québécois qui ne « travaillent pas assez fort »<sup>37</sup>.

Ces idées rejoignent celles de George Gilder, économiste états-unien et auteur antiféministe prolifique, qui, dès les années 1970, lance un appel au retour des valeurs familiales traditionnelles (supériorité de l'homme, retour de la femme au foyer)<sup>38</sup>. Il publie un *bestseller* en 1981, *Wealth and Poverty* (Richesse et pauvreté) dans lequel les pauvres sont des paresseux et les femmes des inférieures.

Si les ouvrages de G. Gilder ne sont pas très connus au Québec, les idées dont ils font la promotion le sont largement. En fait foi la persistance avec laquelle on présume que les personnes assistées sociales « ne veulent pas travailler »<sup>39</sup>. Martelée dans les médias et le discours ambiant, la pensée fonctionnaliste s'accommode aussi fort bien du sexisme. Or, elle a pénétré toutes les sphères de la société<sup>40</sup>.

<sup>e</sup> À l'époque d'Adam Smith (1723-1780), penseur clé du libéralisme économique, l'économie et la société sont comparées au corps humain : la circulation des biens se compare à la circulation du sang. La « main invisible » est l'« utopie fondatrice du libéralisme », ce quelque chose qui par magie pourra faire converger l'intérêt général avec les actions individuelles, à condition de *ne rien faire*. C'est pourquoi on parle aussi de *laissez-faire* néolibéral. À ce sujet, voir Dostaler, 1996, p. 42-47 ; Gélinas, 2008, p. 178 et p. 295.

## COMPLÉMENT

## 1.4

**FONCTIONNALISME OU LIBÉRALISME ?**

Ce que nous appelons *fonctionnalisme* concerne aussi le *libéralisme*, au sens européen, « classique » ou traditionnel du terme. Malheureusement, le mot *libéralisme* est utilisé dans **deux sens contraires**. En Amérique du Nord, des politiques dites *libérales* sont keynésiennes (ou interventionnistes) et sociodémocrates, alors qu'en Europe, c'est le contraire ! Toutefois, sans aucune ambiguïté de sens, le néolibéralisme concerne la croyance dans l'efficacité du marché et l'opposition aux interventions de l'État. Rien n'étant simple, sachons que le libéralisme (version classique ou néo) a toujours été en faveur de l'intervention de l'État... mais dans ce cas pour « assurer la loi et l'ordre, protéger la propriété, et même encadrer les mécanismes du marché<sup>42</sup> ». Le Chili sous Augusto Pinochet ou l'Argentine sous Carlos Menem offrent de bons exemples d'autoritarisme étatique dit *libéral*.

**Un autre regard sur le monde**

Dans une tout autre optique, au contraire, **les inégalités sociales existent**. Les différences de statuts et de conditions observées entre les personnes ne sont pas simplement dues à l'inadaptation au marché ou à une incapacité personnelle de performer. Il est alors possible de remonter aux rapports sociaux qui produisent ces inégalités. Ces rapports ne sont pas spontanés, ils sont hérités de l'histoire, traversés par l'histoire. Ils ne sont pas immuables, ils changent et sont vécus différemment selon les contextes historiques et selon les pays ou territoires.

Les théories sur les inégalités sociales s'inspirent des travaux fondateurs de Karl Marx (1818-1883), de Max Weber (1864-1920), de Simone de Beauvoir (1908-1986), ainsi que de philosophes et sociologues réfractaires aux idées du laisser-faire économique et social. Dans cette optique, **les inégalités sociales sont produites par des rapports sociaux menant à l'appropriation de territoires, de ressources et de personnes**. Le colonialisme, l'esclavagisme, la domination masculine illustrent parfaitement de tels rapports dont les effets se font encore sentir sur

la situation concrète de populations entières, sur les mentalités et sur les pratiques.

**Pour s'exercer, tout pouvoir nécessite une justification.** Cette justification peut jouer son rôle tant que les personnes et les collectivités ne prennent pas conscience de l'imposture ou de l'arbitraire, ou tant que leur position demeure confortable<sup>42</sup>. L'idéologie fonctionnaliste néolibérale sert de discours pour justifier la globalisation: elle « nous fait accepter collectivement les inégalités, la dégradation de notre environnement et les faux-semblants de la démocratie »<sup>43</sup>. Selon les contextes sociaux et historiques, il est possible d'appliquer le même raisonnement aux idéologies racistes, sexistes, lesbophobes ou homophobes qui justifient racisme, sexisme, lesbophobie et homophobie.



**Idéologie :**  
« les mots et le discours mis au service du pouvoir »

*idéologie* : « ensemble systématisé d'idées, de valeurs, de doctrines et de croyances forgé et propagé par les pouvoirs politiques et économiques pour justifier et perpétuer leur hégémonie sur la société<sup>44</sup>. » Pour conquérir notre liberté de penser, nous devons nous éloigner des lieux communs, décoloniser nos esprits.

Selon Jacques B. Gélinas, les deux modes de fonctionnement d'un discours idéologique sont les suivants :

- > « le mode description, qui consiste à décrire la réalité en l'interprétant dans le sens des intérêts du pouvoir »
- > « le mode prescription, qui consiste à prescrire ce qu'il faut penser et faire pour fonctionner normalement dans la société ».

Les médias reproduisent abondamment les descriptions et les prescriptions des *think tanks* néolibéraux tels que l'Institut économique de Montréal (IEDM), un organisme non gouvernemental qui dispose d'imposants moyens et d'un numéro d'organisme de charité<sup>45</sup>. À la suite d'études « sérieuses » qui affirment leur scientificité sans jamais la démontrer<sup>46</sup>, l'IEDM diffuse largement ce qu'il faut penser du salaire minimum, du système public d'éducation et de la privatisation

de la santé, par exemple<sup>f</sup>. En apparaissant naturels, normaux, les schèmes de la pensée néolibérale dominant. La marchandisation des biens publics est «acceptée avec résignation comme l'aboutissement obligé des évolutions nationales»<sup>47</sup>.

## COMPLÉMENT

## 1.5

## LE SENS DES MOTS... QUI « DIRIGENT » NOTRE PENSÉE

**économie de marché :** synonyme de *capitalisme*, utilisé pour ne pas appeler le système par son nom. Le terme *marché* sert à donner une allure neutre et naturelle au système, pour occulter la responsabilité des capitalistes dans la concentration de la richesse, l'accroissement des inégalités et la dégradation de l'environnement<sup>48</sup>.

**partenariat :** sous ce terme se cache souvent celui de *privatisation*

**race :** terme dont l'usage permet de désigner les personnes (racisées) plutôt que le rapport social (le racisme)

**rationalisation :** synonyme de *réingénierie*; forme de management inventée au début des années 1990 pour faire face à la globalisation, visant l'augmentation des profits à court terme; sert en général à masquer un congédiement massif ou une plus grande flexibilité exigée du personnel. Le gouvernement du Québec emprunte le terme dès 2003 mais devant les levées de boucliers contre la réingénierie, il adopte le terme *modernisation*...<sup>49</sup>

**réingénierie :** voir *rationalisation*

### 1.3 Sous le maquillage : l'essentialisme

Nous venons de voir qu'il est stratégique de démasquer le fonctionnalisme, une idéologie méritocratique qui participe au discours commun et qui justifie des rapports producteurs d'inégalités sociales. Mais cette opération ne suffit pas. Nous devons poursuivre notre réflexion pour comprendre sur quelle base est évalué le « mérite » des personnes. Un autre courant de pensée agit de concert

<sup>f</sup> Au Québec, l'Institut économique de Montréal (IEDM) participe activement à la fabrication d'un consensus néolibéral ([http://www.iedm.org/main/main\\_fr.php](http://www.iedm.org/main/main_fr.php)). Découvrez comment les stratégies néolibérales ont d'abord préparé le terrain, de longue date, notamment avec le Consensus de Washington, dans Gélinas, 2008, p. 100-103 et dans Dostaler, 1996, p. 49.

avec le fonctionnalisme: l'essentialisme. De surcroît, une certaine science conservatrice tente d'appuyer ces idées. Comme l'essentialisme est répandu mais peu connu ou reconnu, nous y consacrons la présente section.

### « Je sais bien mais quand même... »

Les inégalités se construisent dans les milieux de travail, dans les écoles et les universités, dans les hôpitaux et les cliniques médicales, dans les prisons... Les statistiques font surgir d'elles-mêmes différentes catégories: ici des femmes, là des personnes handicapées... Des « différences » sont constatées selon le sexe, le statut social, l'origine ethnique ou nationale, la couleur de la peau, l'orientation sexuelle, le handicap...

Pourquoi une telle segmentation des inégalités sociales? Pourquoi les hommes, par exemple, bénéficient-ils généralement de meilleurs salaires que les femmes<sup>g</sup>? Pourquoi des peuples autochtones du riche Canada vivent-ils dans des conditions comparables à celles de pays défavorisés? Cherchez à comprendre... il en restera toujours quelque chose: ce « Je sais bien mais quand même... »<sup>50</sup>, assorti d'un discours sur la différence. Pour être efficace, toute justification doit s'appuyer sur des arguments solides. L'un de ces arguments imparables est l'« idée de Nature », un courant de pensée appelé essentialisme.



### L'essentialisme derrière les discours

« Derrière les apparences de libération et de libéralisation des mœurs et des discours, ce qui se joue actuellement est bien la perpétuation d'une forme d'essentialisme du féminin. Les représentations artistiques comme les discours médiatiques ou scientifiques les plus vulgarisés, tendent à maintenir, tout en le cautionnant sous des apparences modernes, un rapport mythique et intimiste de la femme à son corps<sup>51</sup> ». Les femmes comme les hommes participent à ce rapport et à la sexualisation de l'espace public, si manifestes dans les magazines féminins. L'essentialisme concerne alors tant le féminin que le masculin.

<sup>g</sup> Selon des données de Statistiques Canada pour l'année 2005, les femmes gagnaient en moyenne 64 % du salaire des hommes, soit 26 800 \$/année contre 41 900 \$/année. Source : Intersyndicale des femmes, 2008 (voir la bibliographie). L'information la plus courante à ce sujet parle plutôt de 70 % (voir Congrès du travail du Canada, 2008).

## C'est dans la nature des choses

Colette Guillaumin a été l'une des premières sociologues à révéler comment cette idée puissante, associée à l'appropriation matérielle (du corps, du travail) devient un point d'ancrage commun au racisme et au sexisme notamment<sup>52</sup>. Au cours de l'histoire, l'idée de Nature, de Nature différente bien sûr, a servi à légitimer l'infériorisation des femmes, des pauvres, des Noirs, des peuples colonisés, des gais, des lesbiennes, des personnes handicapées... Par exemple, on sait qu'en Irlande, au XIX<sup>e</sup> siècle, les pauvres, inférieurs par leur nature, subissent des campagnes de stérilisation forcée.

**Naturaliser, c'est accoler des traits spécifiques et permanents à des catégories de personnes ou à des personnes prises séparément.** Se centrer sur la nature des personnes ne responsabilise que l'une des parties, ce qui permet de masquer l'existence d'un rapport social. Une partie des protagonistes n'est pas impliquée, n'est pas nommée ni interpellée parce qu'elle ne présente pas les traits spécifiques en question. Dans le contexte où la personne est responsable de sa situation en raison de sa nature même, il lui devient difficile d'exiger des changements et de revendiquer des droits.

**L'essentialisme, en postulant des différences de nature entre les êtres humains, sert de base à la ségrégation raciale (lire raciste) et sexuelle.** Selon le philosophe Étienne Balibar, « le phénomène de « minorisation » et de « racisation » qui vise simultanément différents groupes sociaux (...) représente (...) *un système historique d'exclusions et de dominations complémentaires, liées entre elles*. Plus loin, il poursuit: « *le racisme présuppose toujours un sexisme*<sup>54</sup> ».

Grâce aux travaux des lesbiennes féministes des années 1970, nous pouvons compléter le tableau en ajoutant: et **le sexisme suppose aussi l'hétérosexisme.**



### Religions et naturalisme

Les religions monothéistes (christianisme, islam, judaïsme) ont abondamment servi à justifier la naturalisation de certaines personnes, particulièrement des femmes<sup>53</sup>.

Selon une définition essentialiste de LA femme, la femelle humaine est forcément hétérosexuelle. L'hétérosexisme concerne la manière dont l'hétérosexualité s'érige historiquement en norme universelle, immuable et naturelle. À l'instar d'une certaine forme de racisme, l'hétérosexisme est suprématiste, car il suppose la croyance en une supériorité de l'hétérosexualité sur tout autre modèle possible<sup>55</sup>.

### **Une carrière florissante de nature à persister**

Par différents processus complexes, le racisme, le sexisme et l'hétérosexisme s'inscrivent et perdurent dans l'histoire, ils se perpétuent dans les structures sociales et dans les structures mentales, individuelles et collectives. **Le mode de pensée raciste, sexiste et hétérosexiste en vient à s'inscrire dans le sens commun, comme allant de soi, formant un corpus de présupposés et d'évidences qu'on ne remet pas en question.**

Pour illustrer les capacités d'adaptation du courant de pensée essentialiste, esquissons rapidement le cas du racisme. Dès les premières théorisations sur les *racés humaines*, au XIX<sup>e</sup> siècle, le racisme suppose à la fois infériorisation (inégalité) et différenciation (différence), deux formes d'exclusion qui fonctionnent ensemble. Viennent les horreurs de la Seconde Guerre mondiale et son racisme suprématiste. Au cours des années suivantes, des découvertes scientifiques attestent la vacuité même de la notion de race au sens biologique du terme (François Jacob, médecin et chercheur, Albert Jacquard, généticien, et Jacques Ruffié, médecin et professeur d'anthropologie, ont tous traité de ce sujet dans leurs ouvrages.) La fin du racisme? Que nenni! Les notions de culture et d'identité culturelle quittent l'arrière-scène et prennent la vedette. Sous les traits d'un antiracisme faisant la promotion du «droit à la différence», la culture et l'identité culturelle sont utilisées pour jouer le rôle de «race». La pensée essentialiste pénètre ainsi (en partie) l'antiracisme...<sup>h</sup>

---

<sup>h</sup> Précisons toutefois qu'une présentation plus approfondie du racisme en illustrerait davantage la complexité. Nous n'avons pas évoqué ici le rôle essentiel des identités nationales (nationalisme ethnique) et des processus de construction de la nation dans le racisme contemporain. À ce sujet, voir Balibar, 1988 et Balibar et Wallerstein, 1988.

À la fois inégalitaire et différentialiste (ou identitaire), le sexisme connaît-il des processus analogues à ceux du racisme? Il semble que l'essentialisme puisse également pervertir le féminisme, comme tout mouvement social d'ailleurs. Un **effet involontaire de la prise de conscience collective des femmes de leur oppression**, de leur infériorisation et des inégalités légales et sociales dont elles ont été et sont encore victimes concerne **l'idée d'une identité commune et universelle** à toutes les femmes... comme groupe naturel, ou presque. C'est à ce moment qu'une forme subtile d'essentialisme peut colorer la revendication d'une identité *femme* unique et universelle. Certains auteurs évoquent un sexisme identitaire<sup>56</sup>.

Dans toutes les sociétés, dans toute l'histoire du monde, l'essentialisme colonise le mode de pensée et d'agir à la fois des hommes et des femmes. **Et par quoi justifie-t-on ce courant de pensée, l'idée de nature?** La science y joue un rôle de premier ordre. Cette idée, porteuse de division et d'exclusion, peut s'insinuer dans différents aspects de la vie, y compris la santé. Elle connote l'idée qu'une femme, par exemple, ne peut se réaliser autrement qu'à travers la maternité, qu'il existe une «vraie nature» féminine ou masculine, qu'un couple homosexuel (gai ou lesbien) ne peut éduquer convenablement des enfants. Avant de discuter plus amplement d'essentialisme dans la santé, nous devons clore ce chapitre avec quelques précisions sur le féminisme, afin de conclure en soumettant nos propositions pour un féminisme qui rassemble.



### Genre ou sexe?

Grosso modo, le terme sexe renvoie aux caractéristiques biologiques (innées) et le terme *genre*, aux caractéristiques sociales ou culturelles (acquises). Le «genre» est un concept intéressant pour dénaturaliser les rapports sociaux. Les rôles sociaux sexués ne sont pas inscrits dans les gènes...<sup>57</sup>

## 1.4 Changer de décor pour un féminisme rassembleur

Il existe plusieurs ouvrages sur le féminisme et ses différents courants de pensée selon les contextes historiques. Nous nous inspirons librement de deux articles complémentaires, l'un de Louise Toupin<sup>58</sup> et l'autre de Francine Descarries<sup>59</sup>. Les courants se distinguent par leur explication des causes de l'oppression des femmes et par les moyens proposés pour en sortir.

Le féminisme peut se définir de façon générale comme « une prise de conscience d'abord individuelle, puis ensuite collective, suivie d'une révolte contre l'arrangement des rapports de sexe et la position subordonnée que les femmes y occupent dans une société donnée, à un moment donné de son histoire. Il s'agit aussi d'une lutte pour changer ces rapports et cette situation<sup>60</sup>».

Aujourd'hui, de nombreuses femmes, surtout des jeunes, hésitent à se dire féministes. Cette situation peut s'expliquer de plusieurs manières, qui ont à voir avec l'accroissement de l'individualisme, le recul des idées et des mouvements sociaux et les avancées de l'idéologie néolibérale. Maria Nengeh Mensah explique le phénomène par l'intériorisation d'images négatives et de stéréotypes associés au féminisme radical des années 1970-1980<sup>61</sup>.

Au Québec comme ailleurs, il existe plusieurs débats au sein du mouvement féministe actuel. Dans le cas de la prostitution, par exemple, deux courants opposés se côtoient : celui des abolitionnistes (en faveur de l'abolition de la prostitution) et celui des travailleuses du sexe (en faveur de l'amélioration des conditions et de la sécurité de ce qu'elles appellent leur « travail »). Dans la mouvance actuelle du féminisme centré sur la défense de droits, il devient difficile de trancher le débat. Aussi pouvons-nous nous poser des questions.

Plutôt que de chercher une position absolue, ne serait-il pas davantage approprié d'intervenir pour que les travailleuses du sexe aient accès aux services sociaux et aux services de santé dont elles ont besoin ? Pour qu'elles puissent améliorer leurs conditions de vie et leur santé ? D'un autre côté, la prostitution peut-elle être considérée un métier comme un autre ?

Une réflexion philosophique sur la notion de consentement publiée dans la revue *Médiane* nous permet de poser une question pertinente: Est-il acceptable d'acheter des services sexuels à des personnes prétendues consentantes quand on sait à quel point l'entrée dans la prostitution est liée à des situations de vulnérabilité, qu'elles soient économiques ou affectives?<sup>62</sup>

**En bref, le féminisme est loin d'être un mouvement uniforme.** À l'image de la société, de multiples tendances le traversent. Comme l'observent les auteures Toupin et Descarries, ces courants cohabitent et ne sont pas des catégories tranchées. Parce que les femmes ne sont pas toutes ni partout les mêmes, parce qu'elles sont issues de groupes sociaux aux intérêts différents et divergents, entendons-nous sur l'existence de plusieurs féminismes au Québec et dans le monde.

### **Propositions du RQASF pour un féminisme rassembleur**

- › Ce serait une erreur de prétendre que le mouvement féministe parle d'une seule voix et évolue dans une seule voie.
- › Notre féminisme emprunte des éléments propres aux différents courants du féminisme afin que nous nous forgions une position qui ne soit pas totalisante, mais fluide, inclusive et subversive.
- › Face aux différentes formes d'antiféminisme et aux impacts de la globalisation, les féministes de toutes positions et oppositions doivent se respecter et dialoguer.
- › Notre position fondamentale en est une de défense de droits: notre féminisme est un humanisme qui s'accorde aux principes de la *Déclaration universelle des droits de l'homme* et de la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW)*. La *Convention* vise l'accès à l'égalité pour toutes les femmes et le respect de leurs droits fondamentaux.
- › Il nous faut assumer les conséquences de cette position fondamentale. Nous devons combattre l'essentialisme, porteur d'exclusion, qui enferme les

femmes comme les hommes (ou toute autre catégorie sociale) dans des identités figées.

Dans le chapitre II, nous tirons profit des positions énoncées ici pour discuter de la biomédecine, seule approche de la santé acceptée à la fois scientifiquement, socialement et politiquement. Sous certains aspects et à certains moments de l'histoire de la biomédecine, l'appropriation des femmes est évidente. Pour suivre les critiques qui lui sont adressées au chapitre III et pour bien comprendre l'approche globale et féministe de la santé (chapitre IV), il nous semble opportun de nous attarder à la bien saisir.

#### COMPLÉMENT

### 1.6

N. B. : L'histoire du féminisme n'est pas linéaire, les féministes ne sont pas unanimes... ces catégories ne sont pas exclusives.

Le **féminisme libéral égalitaire** remonte aux premières analyses féministes. Il vise à réformer la société pour changer les mentalités et mettre fin à l'inégalité juridique des femmes. Des analyses marxistes et radicales viennent l'enrichir avec, par exemple, le concept de discrimination systémique.

Le **féminisme de tradition marxiste** considère le capitalisme comme la cause principale de l'oppression des femmes. C'est par la relégation des femmes dans la sphère privée et l'appropriation de leur force de travail au sein d'un couple monogamique que les femmes sont exploitées. Pour les femmes, le combat s'inscrit dans la lutte contre le capitalisme.

Le **féminisme socialiste** sépare l'oppression patriarcale de l'oppression capitaliste. Cette analyse s'enrichit des perspectives « minoritaires » des lesbiennes et du **Black Feminism**. Aux discriminations de sexe et de classe, s'ajoutent celles dues au racisme et à l'homophobie.

Le **féminisme radical** (pour remonter à la « racine » du problème), en rupture avec le féminisme libéral égalitaire et le féminisme marxiste, voit dans le patriarcat une oppression qui transcende les classes sociales, les « races » et les frontières. Il propose la réappropriation du corps des femmes que le patriarcat contrôle. Plusieurs courants

critiques s'y développent, parmi lesquels le féminisme de la « spécificité », qui vise la réappropriation du corps des femmes. De ce courant-là émerge le **mouvement pour la santé des femmes**. À l'intérieur du courant radical, on observe un grand nombre de positions, entre un pôle plus essentialiste (centré sur le biologique) et un pôle plus matérialiste (centré sur le social). Les matérialistes supposent l'existence du genre comme construit social distinct du sexe, biologique.

Les perspectives **lesbiennes** et celles issues du **Black Feminism** et des **femmes du Sud** contribuent à enrichir les approches théoriques que nous venons de définir. Le courant hétérogène de **l'écoféminisme** ajoute une dimension environnementale à l'analyse féministe en établissant des liens entre la santé et l'environnement, voire, dans sa version plus essentialiste, entre l'oppression des femmes et l'exploitation de la nature par les hommes.

Enfin, la **théorie queer** se développe aux États-Unis dans les années 1990<sup>64</sup>. Le mouvement *queer* désigne diverses réflexions autour du « refus de l'hétéronormativité » et de la contrainte à l'hétérosexualité ; il voit les catégorisations dichotomiques et les identités fixes comme des mécanismes de pouvoir<sup>65</sup>.

#### COMPLÉMENT

## 1.7

### LE SENS DES MOTS... LE PATRIARCAT EST MORT? VIVE LE PATRIARCAT!

Le terme *patriarcat* signifie *autorité du père*<sup>66</sup>. Chez les féministes, il connote une position radicale, identifiant la domination des hommes (comme système) en tant que cause unique de l'oppression des femmes. Il apparaît dans le contexte militant des années 1970 en Occident. Associée aux mouvements de gauche, la lutte contre le système patriarcal s'identifie à la lutte contre le capitalisme.

Dans les années 1980 et même 1990, le terme est utilisé autant dans les rangs militants que dans les ouvrages théoriques. Bien qu'il soit moins courant aujourd'hui, Jacques B. Gélinas y consacre une entrée dans son récent *Dictionnaire critique de la globalisation* (2008), et définit le patriarcat comme suit : « forme d'organisation sociale millénaire fondée sur la domination et l'infériorisation des femmes par les hommes ». Selon cet auteur, « le patriarcat est solidement installé dans les institutions internationales à caractère économique comme le FMI, la Banque mondiale, le G7 financier, l'OMC et les lobbies des compagnies transnationales qui constituent le fer de lance de l'idéologie patriarcale capitaliste » dans lesquelles les femmes ne comptent que pour environ 2 % des membres (p. 239).

Aujourd'hui, certaines féministes considèrent le terme *patriarcat* désuet, car il accuse les hommes de façon générale et sans nuance. De plus, il évacue la responsabilité des femmes qui y adhèrent. Par son caractère potentiellement réducteur et essentialiste, il est plus ou moins adapté à la réalité complexe de la société et des luttes féministes actuelles. Il serait stratégique de l'utiliser avec rigueur, accompagné d'une définition précise.

*Chapitre II.*

La biomédecine:  
médicaliser la santé  
et la vie

Dans ce chapitre nous nous intéressons à la biomédecine. Le seul terme *médecine* fait référence à cette perspective précise : une vision du vivant, de la santé, de la maladie et de son traitement axée sur le biologique, au sens restrictif du terme, d'où l'appellation *biomédecine*. Cette approche produit et reproduit une conception médicalisée du social, de la vie et aussi, particulièrement, des femmes.

La biomédecine et le mouvement pour la santé des femmes se fondent sur des paradigmes complètement opposés. Un paradigme est une vision du monde, une interprétation de la réalité collectivement partagée<sup>67</sup>. Différents paradigmes peuvent cohabiter et l'un peut dominer les autres. Il y a un changement de paradigme lorsque la communauté adhère à une nouvelle conception du monde. Malgré des contestations<sup>j</sup>, la biomédecine domine depuis plusieurs dizaines d'années. L'ensemble des médecins ne sont pas contraints ou contraintes d'y adhérer, mais doivent en répondre devant leurs pairs et, à défaut, se voir imposer des sanctions.

Dans une optique critique, nous exposons différentes caractéristiques de la biomédecine. Toutes participent à la médicalisation, phénomène central aux impacts multiples. Ces caractéristiques sont énumérées dans le premier cadre de référence, mais nous les détaillons beaucoup plus dans cette nouvelle édition. L'une des raisons est qu'aujourd'hui nous bénéficions d'un plus grand recul face



## Précision

Notre propos ne constitue pas une prise de position simpliste contre l'approche biomédicale, par ailleurs utile pour diagnostiquer plusieurs problèmes de santé ou les traiter, ainsi que pour sauver des vies, lors d'accidents de la route par exemple. Nous savons que le monde médical en entier n'est pas uni derrière la médicalisation de la santé et ses excès. Pour notre part, nous critiquons tant sa propension à médicaliser la santé des femmes, que ses effets iatrogènes<sup>i</sup> et son incapacité à intégrer d'autres points de vue que les siens, telle l'approche globale.

<sup>i</sup> *iatrogène* : se dit des maladies ou problèmes de santé provoqués par l'intervention des médecins.

<sup>j</sup> Les contestations et les propositions d'autres mouvements (notamment celles du mouvement pour la santé des femmes) sont discutées au chapitre III.

à la globalisation (voir section 1.1). **De jour en jour, nous connaissons mieux les impacts sociaux des accords sur le commerce et de leurs liens avec l'approche dominante de la santé.**

Les deux premières sections énoncent **cinq caractéristiques principales** illustrées par des exemples sur la santé des femmes: **mécaniste** et **spécifique**; **uniformisante**, **curative** et **interventionniste**. La troisième section décrit l'étendue de la médicalisation, qui mène au contrôle médical et social de certaines catégories de la population, notamment les femmes. La quatrième et dernière section illustre les conséquences économiques et sociales de ce système couteux.

## 2.1 Une définition mécaniste et spécifique de la santé

Un petit détour aux origines de la biomédecine nous montre comment elle exclut les femmes dès ses débuts. Le paradigme qui la sous-tend introduit une définition mécaniste et spécifique de la santé, dont certains effets vont à l'encontre des droits de la personne, et tout particulièrement de ceux des femmes.

### Exclusion des femmes

Quelques notions d'histoire expliquent le caractère durable et dominant de la vision biomédicale de la santé et la position traditionnellement subordonnée qu'y occupent les femmes. Le développement de la science positiviste<sup>k</sup> et la professionnalisation de la médecine aux XVII<sup>e</sup>, XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles constituent deux pistes de compréhension.

Le modèle biomédical s'appuie depuis toujours sur le paradigme cartésien, attribué à René Descartes (1596-1650) selon qui « tout phénomène complexe peut être expliqué en le réduisant à ses éléments constitutifs<sup>68</sup>. » Cette vision se traduit en médecine par « une conception compartimentée de l'être humain où

k Le positivisme renvoie à des courants de pensée du XIX<sup>e</sup> siècle. Selon la doctrine positiviste, on peut connaître le monde grâce aux sciences « positives » ou exactes. Les sciences positives sont celles qu'on appelle « pures » ou « dures » aujourd'hui. Le positivisme est proche du scientisme, une croyance dans le progrès inéluctable de la science, renforcée par la certitude que la science peut apporter des réponses à l'ensemble des questions que se pose le genre humain.

celui-ci est perçu comme un ensemble d'organes biologiques détachés assumant chacun une fonction spécifique dans l'organisme<sup>69</sup>».

Le corps et l'esprit sont considérés comme deux entités distinctes et chaque partie du corps peut être traitée de façon spécifique sans égard aux autres ni besoin de s'intéresser à l'ensemble de la personne<sup>70</sup>. Bien que cela commence à changer, l'environnement, l'entourage et l'intériorité de la personne ne font guère partie de ce regard médical.

Avec en arrière-plan des présupposés positivistes et scientifiques, le XIX<sup>e</sup> siècle croit que la science peut tout expliquer. Les secrets de la « machine » humaine commencent à être étudiés et la médecine devient « scientifique » et « rationnelle<sup>72</sup> ». **Grâce à la science, la profession et la pratique médicales acquièrent des lettres de noblesse. C'est à ce moment que les femmes en sont exclues.**

La sociologue Ann Witz explique ainsi le phénomène : pendant des siècles, les femmes prodiguent des soins dans la sphère domestique et aussi à l'extérieur, mais de manière informelle. Avec la révolution industrielle et le développement du capitalisme, un marché de la santé se développe. L'exclusion des femmes de la médecine s'explique en partie lorsque la pratique médicale passe de la sphère domestique à la sphère publique<sup>1</sup>. Tant en Europe et aux États-Unis qu'au Canada et au Québec, la médecine se pare d'une aura de légitimité au détriment des soins informels ou profanes jusque-là prodigués en majorité par des femmes, mais aussi par des hommes<sup>73</sup>.

<sup>1</sup> Traditionnellement, le mouvement féministe du Québec insiste plutôt sur la chasse aux sorcières, au Moyen-Âge, comme phénomène explicatif de l'exclusion des femmes de la médecine. Malgré l'intérêt de cette piste, nous préférons nous concentrer sur la période contemporaine.



## Biomédecine

La recherche en laboratoire débute dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, mais le terme *biomédecine* s'impose dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, à partir du moment où ce secteur de la recherche, considéré comme le vecteur central des progrès en médecine, l'emporte sur la pratique clinique au chevet des malades et obtient un financement toujours plus important<sup>71</sup>.

Alors que la majorité des femmes sont cantonnées dans la sphère privée et exclues du marché plus lucratif de la médecine dans la sphère publique, les hommes s'organisent et réclament une reconnaissance officielle de leur profession. En Angleterre, la professionnalisation officielle de la médecine remonte à 1858. Une loi, le *Medical Act*, est adoptée. Elle donne aux apothicaires et aux chirurgiens le droit de pratiquer la médecine. Les populations appauvries n'ayant pas les moyens de payer les honoraires des médecins, les femmes continuent leurs pratiques informelles<sup>74</sup>.

Précisons que le *Medical Act* ne dicte aucune exclusion à l'égard des femmes, qui ont officiellement accès aux écoles de médecine. Toutefois, en réalité, par différentes tactiques discriminatoires (qu'on définirait aujourd'hui comme du harcèlement), certains hommes s'organisent pour qu'il soit difficile sinon impossible pour les femmes de réussir<sup>75</sup>.

Aux États-Unis, ces processus culminent avec la publication du *Flexner Report* (1910), qui accorde toute l'autorité culturelle, économique et sociale à la médecine « scientifique » d'une élite masculine, blanche et bien nantie. Les homéopathes, sagefemmes, soignantes, guérisseurs ou guérisseuses, ainsi que les écoles de ces médecines hors normes, qui acceptaient les Noirs et les femmes, sont frappés d'interdit<sup>76</sup>.

Au Québec, la Corporation des médecins existe depuis 1847<sup>77</sup>. Dans les années 1930, les médecins accoucheurs arrivent dans les campagnes et font la lutte aux sages-femmes, pendant que les hygiénistes « déqualifient les savoirs familiaux<sup>78</sup> ».

Les médecins occupent graduellement une position dominante dans le champ de la santé. Cette position se concrétise après la Commission Castonguay-Nepveu, mise sur pied en 1966 pour faire enquête sur tout le système médical. La commission et les réformes qu'elle suscite mettent en lumière deux visions divergentes de la santé : l'une axée sur le pouvoir médical et la technicisation de la médecine, l'autre sur une approche plus globale de la santé, orientée sur la prévention.

De ces antagonismes résultent le régime d'assurance maladie pour toute la population québécoise (1970) et le Code des professions (1973). La Corporation des médecins est avantagée par la réforme car la sphère d'activité des médecins s'élargit<sup>79</sup>. En fait, les médecins peuvent continuer leur pratique essentiellement « privée », mais cette fois dans un cadre public<sup>80</sup>. Avec l'apparition du Code des professions toutefois, plusieurs groupes professionnels de la santé, par exemple les homéopathes, perdent leur statut en raison notamment du nombre de leurs membres trop restreint<sup>81</sup>.

## COMPLÉMENT

### 2.1

#### LES MÉDECINS ET LA LOI MÉDICALE

L'article 31 de la Loi médicale définit des pouvoirs étendus et réservés aux seuls médecins : « L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir.

Activités réservées. Dans le cadre de l'exercice de la médecine, les activités réservées au médecin sont les suivantes :

1° diagnostiquer les maladies; 2° prescrire les examens diagnostiques; 3° utiliser les techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice; 4° déterminer le traitement médical; 5° prescrire les médicaments et les autres substances; 6° prescrire les traitements; 7° utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques; 8° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques; 9° effectuer le suivi de la grossesse et pratiquer les accouchements; 10° décider de l'utilisation des mesures de contention<sup>82</sup>».

**L'article 43** renforce encore davantage le caractère réservé des actes médicaux : « Sous réserve des droits et privilèges expressément accordés par la loi à d'autres professionnels, nul ne peut exercer l'une des activités décrites au deuxième alinéa de l'article 31, s'il n'est pas médecin. » Cela limite grandement la marge de manœuvre des homéopathes, naturopathes ou ostéopathes, par exemple, praticiennes et praticiens des médecines alternatives et complémentaires (MAC).

## Quelques effets des croyances scientifiques

Traditionnellement, la biomédecine se considère « scientifique », sans subjectivité (donc objective), et comme la seule approche valable. Pourtant, comme le dit si bien Serge Mongeau, médecin militant en faveur d'une approche globale de la santé :

« La connaissance est un chemin sans fin et il faut craindre les personnes qui assoient leurs jugements sur des certitudes. La médecine qui se veut scientifique fonctionne malheureusement trop souvent par dogmes; son histoire devrait pourtant la rendre humble, elle qui si souvent a dû renier des données qu'elle avait tenues comme des certitudes<sup>83</sup>. »

Comme exemple de ce phénomène, citons l'hormonothérapie substitutive, une médication « préventive » prescrite pendant des années à des millions de femmes, à la ménopause, en vue de prévenir le cancer du sein et les maladies cardiaques. Après la fameuse étude de la *Women's Health Initiative*<sup>m</sup> (WHI) les autorités médicales nord-américaines<sup>n</sup> ont convenu que l'HRT, au contraire, pouvait augmenter les risques de développer ces maladies. Aujourd'hui, elles déconseillent cette pratique sur



### Une nouvelle religion ?

« Le Moyen-Âge a connu le despotisme des clercs et l'Inquisition. Notre époque a, semble-t-il, généré des institutions dogmatiques, corporatistes ou autocratiques pour soumettre toutes plantes, bêtes, et hommes à la suprématie de la Science. Une science de « droit divin », avec ses icônes et sa liturgie, étroitement imbriquée dans les forces politiques et économiques en place<sup>84</sup>. »

m Indépendante de l'industrie pharmaceutique, cette étude « réalisée dans les règles de l'art » est interrompue en 2002 pour protéger la santé des femmes y participant. Voir Saint-Onge, J. C., *L'envers de la pilule : les dessous de l'industrie pharmaceutique*.

n Partout en Europe et en Amérique du Nord, les femmes ont réagi aux résultats de l'étude de la Women's Health Initiative (WHI). Toutefois, en France, ces constats n'ont pas tellement modifié les recommandations des « avocats du THS » (traitement hormonal de substitution). Selon eux, il ne faut pas céder à un « vent de panique » (Lowy, I. et J. P. Gaudillière, 2006. « Médicalisation de la ménopause, mouvement pour la santé des femmes et controverses sur les thérapies hormonales ». *Nouvelles questions féministes*. 25(2), p. 60). Ces spécialistes considèrent que la WHI concerne l'Amérique du Nord seulement, puisque la composition précise des hormones prescrites aux femmes diffère selon les pays et que les caractéristiques des populations féminines ne sont pas les mêmes en France et en Amérique du Nord.

de longues périodes (plus de cinq ans), tout en considérant qu'elle peut servir à soulager les symptômes les plus sévères. L'hormonothérapie est maintenant jugée risquée pour la santé des femmes et doit être prescrite avec précaution. Elle n'est réellement bénéfique qu'à une minorité de femmes<sup>85</sup>.

Les croyances scientifiques propres à la vision mécaniste et spécifique de la santé ont des effets durables. La progression de la connaissance de la « machine humaine » et la prédominance du rôle de la nature et du biologique – sinon du divin à une certaine époque - se perpétuent dans le temps : de l'étude des organes, des tissus, des cellules et des molécules, l'objet de la science est passé aujourd'hui aux gènes, au génome humain dans ses moindres détails, et aux nanotechnologies<sup>87</sup>.

Une bonne partie de la population perçoit l'être humain comme une machine perfectible, réglable, gérable. « Le corps est acceptable dans la mesure où il arrive à être contrôlé et maîtrisé, (...) d'où la nécessité, pour les femmes comme pour les hommes, de se 'protéger' des signes du temps et de retravailler leur apparence par les régimes alimentaires, l'exercice physique et la chirurgie esthétique<sup>89</sup> ». Dans certains milieux, peu d'attention est accordée aux



### Selon Freud... (d'après Éric Emmanuel Schmitt)<sup>86</sup>

FREUD : « (...) Le ciel est un toit vide sur la souffrance des hommes... »

L'INCONNU : « Vous le pensez, vraiment ? »

FREUD : « La raison a fait fuir les fantômes...  
Il n'y aura plus de saints, désormais,  
seulement des médecins. »

---



### Une définition biomédicale de la maladie

« La maladie correspond à une lésion à l'intérieur de l'individu qui est ou sera objectivement démontrable (macroscopique, microscopique ou biochimique) et dont la cause, toujours observable, peut résider dans la génétique ou provenir d'un agent pathogène (microbe, virus)<sup>88</sup>. »

---

risques nombreux et bien réels de la chirurgie et des interventions esthétiques<sup>o</sup> de toutes sortes. Tout ce qui importe est de se conformer aux diktats d'un modèle de beauté unique. Des femmes à la peau foncée ou aux yeux bridés subissent des interventions très radicales pour obtenir une peau la plus « blanche » possible et des yeux « ronds »<sup>po</sup>.



### Un parallèle saisissant

La vision cartésienne du corps ne ressemble-t-elle pas à celle qui prévaut en ce début de XXI<sup>e</sup> siècle? Objet à la pièce de modelage, de remodelage, de construction et de reconstruction...

#### COMPLÉMENT

## 2.2

### LES NANOTECHNOLOGIES

Les nanotechnologies concernent la manipulation des molécules, comme les OGM (organismes génétiquement modifiés) ont à voir avec la manipulation des gènes. Elles sont de plus en plus utilisées, notamment dans la fabrication de nombreux cosmétiques et crèmes solaires. Ces produits sont mis sur le marché sans qu'on en connaisse les risques pour la santé. La population n'est pas tenue informée des applications ni des implications de ces nouvelles technologies.

#### Un savoir autoritaire

La vision mécaniste et spécifique de la santé s'impose comme une orthodoxie, comme un « savoir autoritaire » dont les répercussions sur les femmes sont importantes<sup>q1</sup>. Nous avons l'impression de faire face à un savoir unique, naturellement développé, et dont l'acceptation fait consensus<sup>p</sup>. Or, nous venons de voir qu'il s'agit d'une construction historique et sociale. On *croit* à la médecine. Cette conviction est construite grâce à la mise en place de multiples institutions,

<sup>o</sup> Consulter le site [www.psychomedia.qc.ca](http://www.psychomedia.qc.ca), section « Beauté et image corporelle », régulièrement mis à jour et qui regorge d'articles sur un grand nombre d'interventions esthétiques.

<sup>p</sup> Souvenons-nous qu'une même résignation caractérise notre rapport au néolibéralisme (voir 1.2).

dont les écoles de médecine, les centres de recherche et les médias. Une véritable industrie les appuie.

Les certitudes biomédicales «délégitent» les autres approches, ce qui mène des médecins à s'opposer avec ardeur à toute autre vision de la santé et des traitements de la maladie. L'histoire de la science, autant que celle de la professionnalisation de la médecine, explique leur important pouvoir. Le pouvoir médical peut se définir comme «la capacité des médecins, comme individus dans leur pratique quotidienne ou comme collectivité dans leurs rapports avec d'autres acteurs sociaux, de faire prévaloir leur point de vue sur les questions qui les concernent<sup>93</sup>».



## Impacts sur le rapport thérapeutique

L'introduction de médicaments efficaces pour contrer les pneumonies, la syphilis ou la gangrène, dans les années 1940, a transformé la médecine. «C'est de ce fantastique succès qu'est née en Occident une nouvelle manière de pratiquer la médecine, inconnue auparavant : une approche du malade qui ne prend plus en compte son histoire, son contexte, sa force vitale intérieure et sa capacité d'autoguérison. Cette approche purement mécanique du malade et de la maladie s'est généralisée à toute la médecine, bien au-delà des maladies infectieuses. Aujourd'hui, presque tout l'enseignement médical consiste à apprendre à diagnostiquer une maladie spécifique et lui associer un traitement spécifique<sup>92</sup>.»

## 2.2 Une vision uniformisante, curative et interventionniste de la santé

Du paradigme cartésien que nous venons d'examiner découle l'approche mécaniste, spécifique et positiviste de la biomédecine. De là est issue sa vision uniformisante, curative et interventionniste de la santé. Cette médecine met en place un ensemble de mécanismes et d'outils de mesure précis pour différencier le normal de l'anormal, le sain du malsain. Beaucoup d'argent est investi dans **cette quête de la mesure parfaite et précise<sup>91</sup>. La science introduit le concept de «normalité», en référence à une norme masculine<sup>94</sup>.**

Voyons d'abord comment la vision uniformisante de la santé a pour effet de particulariser les femmes, de les naturaliser. Les minorités racisées, les « minorités sexuelles » (lesbiennes<sup>95</sup>, gais, personnes bisexuelles et transsexuelles), les personnes vivant des situations de handicap physique, mental ou social<sup>1</sup> et les personnes démunies, notamment, en subissent aussi des effets discriminatoires. Illustrons ensuite par quelques exemples comment la médecine, après avoir particularisé le corps des femmes, s'est attachée à intervenir dans tous les processus physiologiques qui jalonnent leur existence. Il s'agit là de contrôle médical.

#### COMPLÉMENT

### 2.3

#### LA MÉDICALISATION DE LA DÉFICIENCE ET DU HANDICAP

Depuis toujours, les déficiences mentales ou physiques et autres « anomalies » sont décrites par la médecine comme des problèmes médicaux individuels. Toute l'attention est portée sur la personne porteuse d'un handicap, responsable d'une charge sociale et d'une différence. Les interventions sont pensées en vue de la rendre plus « normale ». « Les déficiences sont placées dans la catégorie des pathologies individuelles plutôt que situées dans un contexte social<sup>96</sup>. »

#### Médicaliser signifie naturaliser

Nous avons évoqué certains processus par lesquels l'approche mécaniste et spécifique de la santé exclut les femmes du regard médical, notamment en adoptant une norme masculine. Exclues, les femmes deviennent particulières, différentes. Différentes de quoi? Du normal, du masculin. Le corps masculin sert implicitement de « référent à l'aune duquel se mesurent les autres êtres humains<sup>97</sup> ». Comme l'indique Colette Guillaumin, « si les femmes sont différentes

q Un bon exemple? L'alimentation. Au risque de perdre le goût de manger, il nous faut ingurgiter quotidiennement telle quantité précise de portions de ceci et de cela. L'industrie agroalimentaire s'accommode fort bien de ces directives, qu'elle récupère amplement dans ses publicités.

r Au handicap physique ou mental traditionnel, ajoutons le handicap social : par exemple, la timidité, qui fait maintenant l'objet d'une mention dans le DSM-IV (grand dictionnaire des maladies mentales), peut être traitée par des médicaments. Il faudra aussi penser à un médicament contre les fous rires, un autre contre les soupirs...

des hommes, les hommes eux ne sont pas différents. Si les femmes sont différentes des hommes, les hommes eux sont des hommes<sup>98</sup>».

La biomédecine et **son histoire expliquent l'essentialisme qui caractérise les savoirs médicaux à l'endroit des femmes**. Dès le XVI<sup>e</sup> siècle, la science met en place un vocabulaire qui n'est pas neutre<sup>99</sup>. Aux XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles, le modèle biomédical en émergence parvient à s'imposer aux sciences sociales et humaines, telles la sociologie et la philosophie, en leur suggérant une interprétation « biologisante » de l'expérience féminine. Ces travaux font de la « femme » un « être » à part<sup>100</sup>. En 1897 par exemple, le sociologue Durkheim, expliquera le taux moindre de suicides chez la femme par « sa vie mentale [...] moins développée ». Il ajoute que « parce que la femme est un être plus instinctif que l'homme, pour trouver la paix, elle n'a qu'à suivre ses instincts<sup>101</sup> ».

**Les efforts scientifiques pour prouver l'infériorité des femmes par rapport aux hommes vont de pair avec ceux consentis concernant la « race » et aussi les classes sociales<sup>102</sup>**. Ces travaux ont influencé durablement la pensée et la pratique biomédicales<sup>103</sup>.

De tout temps, les publications médicales sur la santé des femmes se sont centrées sur leur système reproducteur. Les femmes ont été vues comme des « êtres » déséquilibrés et « vulnérables<sup>104</sup> » en raison notamment de leurs cycles biologiques. « Les femmes, considérées comme un groupe naturel plutôt que social, représentent 'le sexe faible' : fragiles, à la merci des dérèglements de leurs organes (en particulier de leur utérus), toujours menacées sur les plans physique comme psychique, par des déséquilibres<sup>105</sup>. »

Jusqu'au milieu des années 1990, le standard masculin sert de modèle pour étudier la plupart des maladies et des médicaments, malgré certaines différences évidentes. Même les maladies spécifiquement féminines ne sont pas prises en compte sérieusement par la recherche<sup>106</sup>.

Au centre de cette norme se trouve le corps, « porteur de la marque d'un groupe autant que des stigmates qui l'en excluent<sup>107</sup> ». L'entreprise médicale veut maîtriser le corps, corriger ses dysfonctionnements ou ses anomalies. Elle

propose la chirurgie et autres interventions esthétiques pour en modifier l'extérieur. Pour l'intérieur, elle privilégie les médicaments, qui agissent sur le système hormonal ou endocrinien et sur le fonctionnement des organes ou l'état psychologique ou mental de la personne.

Au nom de leur santé, on a imposé aux femmes toutes sortes d'interventions plus ou moins intrusives et de prises en charge pour contrôler leur corps pathogène. Comme si le corps des hommes était moins biologique et moins spécifique que celui des femmes<sup>108</sup> ! Dans cette optique, les femmes seules sont considérées comme appartenant à la nature.



## Allopathie

*allopathie* : vient du grec *allos*, contraire et *pathos*, maladie. L'allopathie est une approche biomédicale qui propose des traitements contraires à la maladie (antibiotiques, anticoagulants, antidépresseurs, etc.) : il faut « supprimer » les symptômes plutôt que de chercher à comprendre leurs causes.

### COMPLÉMENT

## 2.4

### DES MÉTAPHORES SEXISTES EN BIOLOGIE

Les stéréotypes de genre imprègnent les descriptions de la biologie humaine, ce qui reproduit les rôles sociaux associés à chacun des sexes. Les métaphores utilisées associent la physiologie féminine à la faiblesse et à la passivité. Par exemple les menstruations sont le résultat d'une production ratée (*failed production*), l'ovule non fécondé ayant attendu en vain l'arrivée des vaillants, actifs et agressifs spermatozoïdes. Or, on sait que, dans les faits, la rencontre de l'ovule et d'un spermatozoïde résulte d'une série d'interactions entre les deux parts, la part féminine jouant au contraire un rôle particulièrement actif<sup>109</sup>.

COMPLÉMENT

**2.5**

**LE NORMAL EST MASCULIN**

Si on excepte les questions relatives à la contraception et à la reproduction, les femmes ne sont guère prises en compte dans l'évaluation des questions médicales. Même les anovulants, bien que destinés aux femmes, furent au départ testés sur des hommes. Le VIH, l'alcoolisme, les toxicomanies, la santé mentale, les maladies cardiovasculaires, la santé au travail sont autant de champs dans lesquels les spécificités féminines, qu'elles soient d'ordre social ou biologique, sont inadéquatement prises en compte<sup>110</sup>.

**Interventions et contrôle médical**

Depuis plus d'un siècle, différentes interventions médicales sont proposées ou imposées aux femmes pour contrôler les cycles normaux de leur vie<sup>5</sup>. Pour les justifier, les responsables médicaux allèguent que les processus physiologiques féminins génèrent différents troubles ou maladies. Passons en revue les menstruations, la grossesse, l'accouchement et la ménopause, pour constater **un étonnant retour en force, aujourd'hui, de conceptions datant du début du XX<sup>e</sup> siècle (et même d'avant).**

COMPLÉMENT

**2.6**

**LA MÉDICALISATION DE LA REPRODUCTION : ÇA CONTINUE...**

« Le temps de la reproduction se voit [...] possiblement modifié dans sa modalité (accès à une reproduction en dehors d'une relation sexuelle), mais également dans sa régulation temporelle (congélation d'embryons surnuméraires). De même, le temps de latence, entre la prise de décision (vouloir un enfant) et le résultat (la grossesse effective) tend aujourd'hui à devenir 'anormal' ou difficilement tolérable. Si le corps ne répond pas à l'injonction du désir, la consultation médicale s'impose de plus en plus rapidement<sup>111</sup>. »

<sup>5</sup> Les sites Internet de plusieurs organismes fournissent beaucoup de renseignements intéressants sur la médicalisation des cycles normaux de la vie des femmes : RNR <http://www.naissance-renaissance.qc.ca/>, FQPN <http://www.fqpn.qc.ca/>, Le réseau canadien pour la santé des femmes <http://www.cwhn.ca/>, Action pour la protection de la santé des femmes <http://www.whp-apsf.ca/>.

### *Les menstruations*

Prenons le cas des menstruations. Le célèbre médecin Elsimar Coutinho reprend à son compte des idées vieilles de plusieurs siècles pour affirmer que les menstruations sont malsaines, responsables de problèmes sanitaires et émotionnels. En d'autres mots, selon les critères du XXI<sup>e</sup> siècle, les menstruations sont maintenant inutiles et dépassées, il faut les supprimer<sup>112</sup>. Pour les «éradiquer», Coutinho propose aux femmes de prendre le DépoProvera, un contraceptif puissant administré par injection, qu'il a lui-même commercialisé. L'un des risques connus de ce médicament? Une perte *irréversible* de la masse osseuse<sup>113</sup>. S'est-on seulement interrogé sur l'impact à long terme de la suppression de cette fonction physiologique naturelle<sup>114</sup>?

### *La grossesse*

Sous l'œil biomédical, la femme enceinte est malade ou risque de le devenir<sup>115</sup>. Au XX<sup>e</sup> siècle, la vision paternaliste de la femme enceinte vulnérable sauvée par les spécialistes en obstétrique s'instaure rapidement. De nos jours, la grossesse fait l'objet d'une attention extrême de la part des experts de l'obstétrique et du dépistage prénatal et néonatal. Le suivi de la grossesse comprend plusieurs tests et plusieurs échographies. La technologie actuelle permet de dépister un ensemble de maladies *éventuelles* ou de *possibles* handicaps de l'enfant à naître à partir d'un échantillon de liquide amniotique de la femme enceinte. Le nombre de tests, présentés comme une mesure de santé «publique», augmente d'année en année.

Abby Lippman, spécialiste des questions génétiques et de la santé des femmes, pose des questions cruciales: «Ces tests servent-ils vraiment à améliorer la santé des femmes et des enfants<sup>116</sup>?» Alors que les promoteurs de ces tests invoquent le droit des parents à faire des «choix éclairés» pour les justifier, savons-nous devant quels choix les femmes se trouvent réellement placées? Et l'auteure d'ajouter: «Reconnait-on la possibilité que les individus diagnostiqués comme porteurs de maladies peuvent mener, dans les faits, une vie riche qui vaut la peine d'être vécue<sup>117</sup>?» La possibilité que le ministère de la Santé «offre»

systématiquement le dépistage de la trisomie 21 à toutes les femmes, quel que soit leur âge, soulève des questions éthiques analogues<sup>118</sup>.

De plus, il est faux de croire que ces technologies feraient disparaître les déficiences de la société. D'après Peters et Lawson, les statistiques en ce sens sont éloquentes :

«Selon une estimation du Conseil des Canadiens avec déficiences, seulement 3 % des pathologies génétiques réagissent aux traitements génétiques. Quarante-vingt-cinq pour cent des adultes handicapés ont développé une déficience après l'âge de 13 ans, et plus de 90 % des enfants handicapés vivent avec une déficience causée par des facteurs sociaux et non génétiques. Une personne est beaucoup plus à risque de devenir handicapée pour des raisons circonstancielles, comme le vieillissement, la maladie, les conditions de travail dangereuses, les environnements toxiques, la violence, la pauvreté, les choix de vie, la mauvaise alimentation, etc. Par conséquent, malgré le battage publicitaire des médias et de la communauté scientifique sur le sujet, il est peu probable que l'identification de gènes réduira de façon significative l'incidence de déficience ou améliorera le statut social d'une personne handicapée<sup>119</sup>.»

### *L'accouchement*

L'interventionnisme médical dans le processus de l'accouchement est bien connu. Nous l'avons vu, au Canada comme aux États-Unis, les sagefemmes ont été évincées, au début du XX<sup>e</sup> siècle, par l'institution médicale et les spécialistes en obstétrique<sup>120</sup>.

Malgré le mouvement d'humanisation des naissances à la fin du XX<sup>e</sup> siècle, nous constatons aujourd'hui une recrudescence marquée des interventions médicales pendant les accouchements. En fait, il est question ici de deux cultures complètement différentes, de deux conceptions franchement opposées de l'accouchement : un événement normal par opposition à un événement risqué.

Par leurs demandes, les femmes participent elles-mêmes à cette médicalisation, en reproduisant ce que le discours commun leur a appris : accoucher est un risque. D'où le nécessaire monitoring fœtal et tout l'appareillage technologique et chimique pour « faire accoucher » les femmes. La culture, voire l'idéologie du risque, imprègne toute l'obstétrique moderne.

La médicalisation de l'accouchement rejoint également massivement les pays du Sud<sup>221</sup>. Il ne faut pas confondre accès aux services médicaux essentiels et médicalisation. Ce qu'il faut retenir, c'est l'impact culturel, conceptuel de la médicalisation : partout sur la planète, accoucher devient un acte médical nécessitant une assistance technologique.

Au Québec, l'accouchement dit « normal », par voie vaginale et sans intervention, représente l'exception et non la règle. L'accouchement médicalisé, tel que pratiqué dans la plupart des hôpitaux, explique un taux de césariennes anormalement élevé au Québec, et qui ne cesse d'augmenter.



### Les principes d'un accouchement « normal »

Le site états-unien « motherfriendly.org » de la Coalition for Improving Maternity Services fournit un grand nombre de documents sur la grossesse et l'accouchement : <http://www.motherfriendly.org/>  
Voir en particulier le document en ligne sur les 10 principes d'un accouchement non médicalisé (normal)<sup>222</sup>.

#### COMPLÉMENT

## 2.7

### DES ACCOUCHEMENTS DE PLUS EN PLUS MÉDICALISÉS : QUELQUES DONNÉES STATISTIQUES

Le taux de péridurale, une anesthésie régionale qui insensibilise la région de l'utérus, est passé de 39 % en 1996 à 68 % en 2006<sup>223</sup>. La péridurale mène souvent à d'autres interventions, comme l'utilisation de forceps et de ventouses, ou encore l'épisiotomie (incision du périnée pour faciliter le passage du bébé). Toutes ces interventions peuvent entraîner des complications dont le recours à la césarienne. De 20 % en 2002, le taux de césariennes est passé à 23 % en 2006, un taux bien au-delà du 15 % que l'Organisation mondiale de la santé<sup>224</sup> (OMS) recommande de ne pas dépasser.

## *La ménopause*

La présentation médicale de la ménopause comme étant une pathologie, une défaillance ovarienne, ou une carence œstrogénique justifie un interventionnisme médical persistant depuis plus d'un siècle. L'histoire trépidante des tentatives médicales pour «traiter» ce trouble féminin est racontée dans plusieurs ouvrages<sup>125</sup>. L'association de la ménopause à une maladie, et la panoplie des problèmes médicaux qui lui ont été attribués (à tort) influencent l'image fortement négative, sur le plan social, des femmes ménopausées ou vieillissantes.

L'étude de la WHI<sup>t</sup> (Women's Health Initiative), met-elle fin au débat sur l'hormonothérapie substitutive? Depuis des dizaines d'années, chaque fois que des recherches ont semblé porter un coup fatal au traitement hormonal de substitution, l'industrie s'est relevée, après une baisse momentanée de la consommation.

### COMPLÉMENT

## 2.8

### **L'OSTÉOPOROSE, COMME CHUTE (OU GLISSEMENT) DE SENS : DE FACTEUR DE RISQUE À MALADIE**

La densité osseuse commence à diminuer tranquillement à partir d'environ 35 ans, ce qui *accroît le risque de fractures*. Selon le discours médical, l'ostéoporose est une *maladie* liée à la baisse du taux d'œstrogènes, que l'on peut prévenir avec des médicaments et évaluer avec des tests d'ostéodensitométrie ou DXA. À partir des années 1980, on prête des vertus préventives à l'hormonothérapie de substitution (HRT) contre l'ostéoporose, ce qui en fait augmenter les ventes. En 1990, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs se prononce en faveur de l'HRT pour prévenir l'ostéoporose, mais il se rétracte ensuite. Nous savons que les causes de l'ostéoporose, comme beaucoup d'autres conditions, sont multifactorielles. Une bonne alimentation et, surtout, l'activité physique sont reconnues pour prévenir une trop grande dégradation des tissus osseux<sup>126</sup>.

<sup>t</sup> Plus de détails sur cette étude dans la section 2.1 sous «Quelques effets des croyances scientistes».

## 2.3 Une médicalisation tous azimuts

La médicalisation consiste à redéfinir des phénomènes sociaux ou biologiques en tant que problèmes médicaux (élargissement du pathologique) en y associant des traitements médicaux (extension de la compétence médicale)<sup>127</sup>. Selon Serge Mongeau, la médicalisation croissante de la société est le processus par lequel des problèmes *humains* sont transformés en problèmes médicaux<sup>128</sup>. Conrad ajoute qu'il s'agit d'un processus social et culturel qui survient sans égard à son efficacité médicale<sup>129</sup>.

La médicalisation opère de toutes parts. Toute condition, toute émotion, toute délinquance ou tout écart à la norme sociale peut être médicalisé : la santé mentale, la sexualité, la maternité, la ménopause, l'andropause, la vieillesse, les dépendances (par exemple l'alcoolisme), l'hyperactivité, les troubles alimentaires et l'apparence physique. Par diverses interventions, la médecine prétend être capable de « prévenir » des problèmes de santé<sup>u</sup>.

Devant l'ampleur du phénomène, nous devons nous limiter à certaines thématiques. Nous ciblons ici le détournement de sens de la notion de *prévention*, telle que définie du point de vue médical. En mettant l'accent sur la médication, la vaccination et le dépistage comme méthodes de prévention sans égard aux facteurs sociaux et environnementaux, l'idéologie curative considère la prévention de manière restrictive, comme l'élimination d'une cause unique.

Le premier *Cadre de référence* précise que l'« approche féministe diffère du discours dominant sur plusieurs plans, [notamment sur] l'importance accordée à la prévention<sup>130</sup> ». Depuis ce temps, la prévention est devenue à la mode.

<sup>u</sup> Ces interventions peuvent être brutales. Pensons à certaines chirurgies non médicalement requises, lobotomies, hystérectomies, et aux électrochocs...

Selon Serge Mongeau, la médecine entretient une confusion autour de la prévention lorsqu'elle en distingue trois types différents :

- › « Primaire: quand on élimine les causes d'une maladie
- › Secondaire: quand on découvre et commence à traiter les processus pathologiques avant qu'ils n'aient causé des dommages irréversibles à l'organisme
- › Tertiaire: une fois la maladie déclarée, quand on peut appliquer un traitement adéquat qui empêche une détérioration plus grande de l'individu<sup>331</sup>. »

Bien que la « prévention » secondaire ou tertiaire améliore l'autonomie des personnes, s'est-on intéressé aux causes multifactorielles des problèmes de santé ou des maladies ?

### **La médicalisation de la santé mentale**

On constate le lien entre médicalisation et naturalisation des femmes, particulièrement dans la prise charge de leur santé mentale, là où les femmes sont « surdiagnostiquées » et surmédicamentées par la psychiatrie moderne<sup>332</sup>. Aujourd'hui, les ratés de la biomédecine à bien saisir et à comprendre la détresse, la dépression et l'anxiété sont de plus en plus connus, à défaut d'être toujours reconnus. La biomédecine ne saisit que bien superficiellement la détresse psychologique. Elle s'arrête aux symptômes apparents, sans égard à la personne humaine qui souffre, à son histoire de vie, aussi bien individuelle, familiale que sociale. Elle peut prescrire en cinq ou dix minutes un remède censé rendre la personne fonctionnelle<sup>333</sup>.

### **Une vision médicale de la sexualité**

Selon une vision mécaniste, une sexualité riche est *performante*, tant chez l'homme que chez la femme. Le corps doit répondre à l'exigence de plaisir et d'orgasme. Or, souvent, le manque de désir et les problèmes sexuels peuvent être dus principalement à des facteurs relationnels, psychologiques et affectifs (stress, tensions dans le couple, manque d'estime de soi, expériences de violence présentes ou passées). Selon les cas, des problèmes physiologiques peuvent aussi en être la cause (taux d'hormones, maladies chroniques, médicaments...). Selon la

vision médicale centrée sur le symptôme précis, la dysfonction sexuelle se traite par un médicament précis, tel le Viagra pour les hommes. La «dysfonction sexuelle féminine» est une nouvelle pathologie découverte récemment... dans les laboratoires pharmaceutiques<sup>134</sup>. «Une sexualité artificielle et mécanique soutenue par des hormones dangereuses pour la santé et un imaginaire pornographique, voilà le modèle que nous offrons. Qui ose encore s'étonner de l'hypersexualisation des jeunes filles et des jeunes garçons<sup>135</sup>?»

### **La chimioprévention**

La chimioprévention consiste en la consommation d'un ou de plusieurs médicaments dans le seul but de prévenir une maladie. En ce qui concerne le recours à l'hormonothérapie à des fins préventives, nous avons vu que les autorités médicales ont dû revoir leur pratique. La prévention de maladies par la médication est loin d'avoir fait ses preuves<sup>136</sup>.

### **La vaccination : toujours nécessaire?**

Prévenir par un vaccin la propagation d'un virus pouvant causer un cancer, qui peut être contre? La question n'est pourtant pas si simple, malgré l'empressement (pour ne pas dire la précipitation) du milieu médical et celui de la santé publique québécoise à applaudir l'arrivée d'un nouveau vaccin, le Gardasil, de Merck Frosst.

Ces milieux prônent la vaccination contre le VPH (virus du papillome humain), un virus transmis sexuellement associé au cancer du col de l'utérus. Pourtant, ce cancer à évolution très lente, peut être dépisté par le test de PAP (frottis du col utérin). Selon l'Agence de santé publique du Canada, les femmes qui meurent du cancer du col de l'utérus sont celles qui n'ont pas accès au test de PAP et dont le système immunitaire est faible<sup>137</sup>. Le VPH touche 70 % des femmes, à un moment ou un autre de leur vie. Toutefois, dans 90 % des cas, les femmes infectées l'éliminent naturellement, en moins de deux ans.

Posons-nous la question : y a-t-il une épidémie de VPH? De l'immense campagne de publicité et du débat médiatique autour du vaccin Gardasil, retenons quelques

éléments clés. Ce vaccin est mis sur le marché depuis 2006 par une compagnie en mal de profits et de visibilité positive, après le scandale du Vioxx. (Ce médicament contre l'arthrite aurait provoqué de 88 000 à 139 000 crises cardiaques aux États-Unis, entraînant la mort de 30 % à 40 % des personnes touchées<sup>138</sup>.)

Des provinces canadiennes, dont le Québec, se sont empressées de mettre sur pied des programmes de vaccination massive, avant même que la concurrence ait permis d'en faire baisser le prix<sup>139</sup>. Bien que certains essais cliniques ont été réalisés, plusieurs inconnues demeurent quant aux effets à long terme de ce vaccin, inoculé à de très jeunes filles. Diane M. Harper, l'une des principales chercheuses dans le développement du Gardasil, considère elle-même que soumettre des petites filles de 11 ans à ce médicament (« drug »), c'est faire une formidable expérimentation en matière de santé publique (« a great big public health experiment »)<sup>140</sup>.

Dans quelques années, il sera possible de mieux comprendre la fièvre médiatique autour du VPH. Peut-être constaterons-nous, comme le fait Didier Fassin, que l'émergence d'une épidémie n'est pas nécessairement le fait d'une augmentation des cas<sup>141</sup>. Peut-être serons-nous en mesure d'évaluer le rôle de l'industrie pharmaceutique dans la création de ce problème de santé publique et de la méthode qui fut privilégiée pour le traiter.

## **Le dépistage**

Selon la conception mécaniste de la santé, la santé se définit à l'intérieur de certaines normes quant à la tension artérielle ou au taux de sucre dans le sang, par exemple, d'où la quête de la mesure parfaite évoquée plus haut. L'intérêt du dépistage est de pouvoir détecter une maladie avant qu'elle ne se développe de façon irréversible ou mortelle.

Le dépistage de masse est-il une bonne façon de prévenir la maladie? Dans les cas de maladies graves et irréversibles, il peut paraître opportun. Toutefois, plusieurs questions se posent. Dans le cas de la détection du cancer du sein, il a fallu plusieurs années avant que les autorités médicales se rendent compte que le dépistage par la mammographie, chez les femmes de moins de 50 ans, pouvait

causer ce qu'il était censé prévenir<sup>142</sup>. En ce qui concerne les femmes de 50 à 69 ans, certaines controverses persistent, malgré le discours médical fortement en faveur du dépistage systématique<sup>143</sup>.

En ce qui concerne le cancer du sein, beaucoup d'argent est investi dans la recherche génétique, même si le facteur génétique n'est associé qu'à 10 % des cas<sup>144</sup>.

## 2.4 Un monopole couteux

Les liens incestueux entre l'institution médicale, la haute technologie et les intérêts des sociétés multinationales ne sont plus à démontrer. Partout, le droit à la santé est en péril. Les atteintes aux droits représentent sans doute l'un des effets les plus pervers, non désirés, de l'alliance de ce système à prétention scientifique avec la globalisation actuelle. Bien qu'ardents défenseurs de cette approche médicale, plusieurs personnes et organismes en rejettent les excès.

Pour clore ce chapitre sur la biomédecine, nous nous interrogeons une fois de plus sur ses liens avec l'économie néolibérale, pour ensuite évoquer le gouffre financier que représente l'approche curative privilégiée. Nous discutons enfin brièvement des effets de cette situation sur notre système de santé, qui se privatise de plus en plus.

### Biomédecine et globalisation

La biomédecine est l'approche médicale la plus répandue, la plus acceptée et la plus légitimée dans le monde. Elle se moule à l'histoire de l'Occident, sur les plans social, scientifique, politique et économique. Comme l'Occident, elle colonise des territoires et produit un mode de pensée qui s'exporte à la grandeur du globe. Mais cette entreprise ne repose qu'indirectement (et peut-être de moins en



### Prévenir pour ou prévenir contre?

Dans l'optique biomédicale, la prévention est comprise comme une approche négative, c'est-à-dire *contre* la maladie. La prévention, au sens médical, revient à prévenir les risques. Tout tourne autour de la notion de *risque*. Toutefois, la prévention peut également être comprise comme une approche positive, c'est-à-dire *pour* la santé.

moins) sur le dos des médecins. Selon Conrad, la médicalisation est maintenant beaucoup plus diffuse car elle s'appuie sur tout un arsenal technologique, scientifique et d'affaires<sup>145</sup>. Elle bénéficie d'une aura de scientificité et surtout d'un véhicule important, la culture de consommation, par les médias et la publicité.

Plus que jamais, nous **constatons une tendance socialement partagée à promouvoir les avancées technologiques, qui ignore ce que la technologie ne permet pas de voir, c'est-à-dire le social et les multiples connexions entre le physique et le mental**, comme nous l'avons mentionné. Les effets du paradigme cartésien perdurent et influencent les perceptions de la santé, de la maladie et des traitements.

Selon le philosophe français Jean-Jacques Salomon (1929-2008), la science est devenue une « marchandise » puisque la majorité des scientifiques travaillent aujourd'hui pour les multinationales, qui leur dictent leurs priorités. Selon lui, toutefois, une nouvelle génération de scientifiques s'interrogent davantage sur les impacts de leurs découvertes<sup>146</sup>.

### **Perversion de la « santé », dépendante de l'économie néolibérale**

Rappelons-nous les « cinq impératifs du néolibéralisme » présentés au chapitre précédent (1.1: « Un peu d'histoire... »). Faisons maintenant un parallèle entre ces impératifs et ceux de la Banque mondiale, qui a énoncé en 1997 quelles étaient les **six étapes pour démanteler les services publics**, dont les services de santé<sup>147</sup>:

- 1 > la **privation de ressources financières**
- 2 > la **décentralisation**
- 3 > la **tarification**
- 4 > la **déréglementation**
- 5 > les **privatisations**
- 6 > la **communautarisation**

Bien que le virage marchand de la santé a été préparé dès les années 1980, la signature de l'ALÉNA en 1994 marque le début d'une concrétisation de la vision globalisée des services publics<sup>148</sup>. La même année, le gouvernement fédéral réduit du tiers ses transferts fédéraux aux provinces pour le financement des services de santé. Le virage ambulatoire s'amorce, avec la promesse de décentralisation du financement vers les communautés. Suivent les compressions massives, les fusions et les fermetures de lits et d'hôpitaux... La privatisation du système public de santé par étapes successives est bien avancée. Des auteures situent en 1996 la mise en place d'un «système de communautarisation des soins» au Québec: des soins «désormais relégués à la communauté et à la famille<sup>149</sup>».

Nous avons observé depuis plusieurs années l'évolution du système de santé, à la fois vers une privatisation et vers une médication croissantes. Cette dernière, nous l'avons perçue, ressentie. Le phénomène a été étudié, récemment, à partir de plusieurs indicateurs statistiques.

Dans une étude détaillée, Bonneville et Lacroix découvrent ce qui se cache derrière les discours avancés pour justifier les réformes du système<sup>150</sup>. Devant la crise alléguée du système de santé (le discours du manque d'argent et du vieillissement de la population) des réformes radicales du système public ont été imposées. L'évolution de différents indicateurs entre 1975 et 2005 révèle deux phénomènes:

- › **un accroissement considérable de dépenses en médicaments:** les dépenses publiques en *médicaments* ont augmenté de façon considérable et constante et, en même temps, les dépenses publiques consacrées aux *hôpitaux* ont augmenté plus rapidement que les autres dépenses publiques en santé; toutes proportions gardées, les dépenses allouées aux *médecins* et celles consacrées à la *santé publique* ont toutes rapidement et constamment diminué<sup>151</sup>.
- › **des conséquences, sur la prestation des soins, du virage vers la «sur-médication»:** la baisse relative des budgets consacrés aux hôpitaux et aux médecins «exige une autre façon de traiter la maladie et le patient» ou la patiente, c'est-à-dire la réduction de la pratique médicale à l'acte

de prescrire, à la chaîne, antibiotiques, antidépresseurs et autre «médicamentation substitutive à la santé et à la relation de service médical humain<sup>152</sup>».

Une importante documentation indépendante de l'industrie démontre hors de tout doute les effets d'une telle marchandisation des soins, notamment: un accès aux services moindre<sup>153</sup>, une qualité des services également moindre<sup>154</sup>, des délais qui ne sont pas réduits<sup>155</sup>, des partenariats public-privé (PPP) qui posent problème<sup>156</sup>.

**L'industrie pharmaceutique représente un gouffre financier pour les gouvernements.** La recherche est subventionnée et avec la règle des 15 ans, selon laquelle les médicaments originaux coûteux sont préférés aux médicaments génériques, l'État subventionne une industrie milliardaire.

Tout le système médical encourage la surprescription et la surconsommation de médicaments<sup>157</sup>. **La médicalisation et la privatisation représentent un cul-de-sac.**



## Femmes et savoirs

« Le principe est simple : chaque fois que les ressources médicales et sociosanitaires furent rares ou peu accessibles, les femmes semblaient davantage savantes : il en fut ainsi au Québec avant l'arrivée des hygiénistes vers 1920, avant l'arrivée des médecins accoucheurs dans les campagnes dans les années 1930, avant l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie mises en place dans les années 1960 et 1970, et maintenant avec le virage ambulatoire. Au contraire, quand les ressources médicales et sociosanitaires sont nombreuses et accessibles, les femmes et leurs savoirs sont considérés comme des entités douteuses et contestables<sup>158</sup>. »

## COMPLÉMENT

**2.9****LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : UN DISCOURS TROMPEUR**

Des études sérieuses prouvent que l'argument du vieillissement de la population, utilisé pour nourrir la crainte du manque d'argent pour financer la santé, est fallacieux et trompeur<sup>159</sup>. Selon Lee, le vieillissement de la population exerce beaucoup moins de pression sur le financement du système de santé que les avancées technologiques et le cout croissant des médicaments. De plus, selon Hébert<sup>160</sup>, les gains d'espérance de vie ont déjà été réalisés et nous devrions connaître une plus grande espérance de vie en meilleure santé, c'est-à-dire une réduction de la période d'incapacité.

## COMPLÉMENT

**2.10****VOUS AVEZ DIT : « MARCHANDISATION » DE LA SANTÉ ?**

Lorsque la santé n'est pas considérée comme un droit humain fondamental (tel que le droit international le reconnaît) mais comme un bien de consommation comme un autre, elle devient une marchandise. Comme les autres biens de consommation, la santé est alors soumise à la « loi du marché », c'est-à-dire la loi du plus fort... C'est pourquoi le processus de privatisation de la santé peut être appelé « marchandisation ».

**Conclusion**

Curative et interventionniste, l'institution médicale s'intéresse d'abord aux méthodes les plus efficaces et rapides pour traiter ou enrayer la maladie. On traite la maladie et non la personne, parfois sans égard aux effets à long terme sur la santé. Dans certaines situations d'urgence, cette approche peut bien sûr fonctionner, mais les effets iatrogènes<sup>v</sup>, indésirables, peuvent entraîner différentes réactions en chaîne. Certains effets mortels de médicaments en vogue ont plusieurs fois défrayé les manchettes<sup>161</sup>.

v Rappelons que *iatrogène* signifie provoqué par le médecin ou par le traitement médical.

Nous constatons que la médicalisation comme processus de naturalisation des femmes, de leur corps et des cycles normaux de leur vie s'instaure avec la naissance de la biomédecine et de la science moderne. Loin de disparaître, la surveillance et le contrôle du corps des femmes (et des personnes marginales ou hors normes) se sont étendus à tous les domaines de la vie pour gagner l'ensemble de la société.

La biomédecine segmente ou sépare la personne. Elle a *intérêt* à le faire. L'approche globale peut-elle remettre en question cet ordre établi qui profite aux intérêts dominants?

COMPLÉMENT

**2.11**

**À LIRE! QUELQUES RÉFÉRENCES DIGNES DE CONFIANCE**

- › La coalition Action pour la protection de la santé des femmes (APSF) publie régulièrement des réflexions, commentaires et recherches sur son site:  
<http://www.whp-apsf.ca>
- › À *Bâbord! Revue sociale et politique*: disponible en kiosque: [www.ababord.org](http://www.ababord.org),  
[info@ababord.org](mailto:info@ababord.org)
- › Le guide *Best Pills Worst Pills*, sur les médicaments, est publié par Public Citizen, une organisation de défense en consommation aux États-Unis:  
<http://www.worstpills.org/>
- › Le site du *Health Research Group* (HRG), une section de Public Citizen, fournit également beaucoup d'information critique: <http://www.citizen.org/hrg/>

*Chapitre III.*

Des savoirs divergents,  
voies d'une approche  
globale de la santé

Il existe de multiples conceptions de la santé. Des savoirs divergents ont de tout temps côtoyé les savoirs légitimes ou admis. Les résistances féministes des trente dernières années ont joué un rôle important au sein de différents mouvements de contestation.

Nous avons vu au chapitre précédent que la biomédecine s'appuie sur le paradigme cartésien : séparation du corps et de l'esprit, vision organiciste ou réductionniste du corps, c'est-à-dire centrée sur ses organes et son fonctionnement interne. Discutons maintenant d'approches s'inspirant d'un autre paradigme, le paradigme holiste (ou holistique), qui conçoit l'être humain de façon intégrée : le corps et l'esprit forment un tout en interaction avec son environnement social et physique.

Sans prétendre à l'exhaustivité, nous explorons dans ce chapitre six avenues de ce paradigme. Ne l'oublions pas, aucune de ces voies n'est à l'abri des détournements de sens, et chacune peut être traversée de courants contradictoires.

Les deux premières sections sont plus théoriques : l'une expose comment la santé peut être pensée autrement, non pas comme un fait établi mais comme un produit de la société, et même un rapport social ; l'autre évoque le droit à la santé, tel qu'entendu en droit international dans le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (PIDESC). Ces considérations établies, les autres sections s'édifient comme suit : la troisième s'intéresse à la promotion de la santé, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se fait le chef de file ; la quatrième s'intéresse à la médecine holistique proprement dite ; la cinquième discute des médecines et savoirs dits traditionnels ; enfin, la sixième relate l'histoire du mouvement pour la santé des femmes, acteur clé dans la promotion d'une approche globale de la santé. Dans cette dernière section, nous allons au-delà de l'examen des savoirs divergents pour en examiner plus amplement la portée politique et sociale.

### 3.1 La santé comme rapport social

L'histoire nous apprend que le recul de la maladie depuis les derniers siècles n'est pas dû principalement à l'efficacité de la médecine, mais d'abord et avant tout aux mesures d'hygiène, à une meilleure alimentation, à la salubrité des logements et à l'installation de systèmes d'épuration des eaux<sup>162</sup>.

Et ce n'est pas tout : l'histoire et la sociologie nous révèlent également que la santé reflète les inégalités sociales. Dès le Moyen-Âge, en Occident, les écarts se creusent en fonction des origines sociales, et les disparités s'exacerbent avec l'industrialisation. Ce sont les rapports sociaux inégalitaires qui produisent des conditions de vie favorables ou défavorables à la santé<sup>163</sup>. « En fait, c'est la transformation différenciée des conditions matérielles qui va entraîner la production d'inégalités sociales devant la vie, d'abord avec le développement des villes, puis avec l'essor du capitalisme<sup>164</sup>. »

Le RQASF adhère à une approche relationnelle de la santé, comme Didier Fassin : « On parlera de **santé** non pour se référer à un donné du vivant [...], mais pour appréhender un **rapport, historiquement constitué, entre l'être physique et psychique, d'un côté, le monde social et politique, de l'autre**<sup>165</sup> ».

La santé vue comme un rapport social en transforme la définition. Nous pouvons comprendre par quel processus certaines sociétés, certaines personnes, certaines catégories sociales, dont les femmes, sont en moins bonne santé que les autres. Les rapports sociaux inégalitaires produisent les inégalités de santé.



#### La santé

« La santé est [...] à la fois un construit social, au sens de ce que les agents construisent dans le langage de la maladie, et une production de la société, au sens de ce que l'ordre du monde inscrit dans les corps<sup>166</sup>. »

McAll<sup>167</sup> établit une typologie, quatre cas de figure des **rapports sociaux inégaux producteurs d'inégalités de santé**, illustrés ici par des exemples.

« (1) **l'exclusion d'autrui de territoires et de ressources** réservés à l'utilisation exclusive de la collectivité qui exclut »

C'est le cas, par exemple, de l'exclusion historique des peuples autochtones, cantonnés dans des réserves, un système qui a inspiré l'apartheid sud-africain. Les écarts entre la situation de santé des Autochtones et celle de la population dite « blanche » sont aussi criants que ceux entre les pays riches et les pays pauvres.

« (2) **l'inclusion d'autrui dans un rapport où sont appropriées ses capacités de produire et de reproduire** (le cas échéant) »

Sur les capacités de produire, citons l'esclavage ancien et moderne, l'exploitation, la discrimination et le harcèlement en milieu de travail. Les effets de ces phénomènes sur la santé mentale et physique sont documentés. Quant aux capacités de reproduire, McAll fait référence au rapport patriarcal, à la double ou triple journée de travail de certaines femmes, et à la violence familiale<sup>168</sup>.

« (3) **l'inclusion d'autrui dans un rapport où est appropriée sa capacité de réfléchir** et de décider de manière autonome »

Voici deux exemples. Les personnes exclues du marché du travail sont prises en charge par différents programmes et obligées de combler leurs « lacunes »; les conditions de vie et la stigmatisation dont font l'objet les personnes prestataires d'aide sociale nuisent à leur santé<sup>169</sup>. L'interventionnisme biomédical, particulièrement en matière de santé mentale et surtout à l'endroit des femmes, constitue un autre exemple d'appropriation de la capacité de réfléchir et de décider de manière autonome.

« (4) **l'inclusion d'autrui dans un rapport où sont appropriées ses capacités de produire, tout en étant exclu du territoire** où résident les autres catégories impliquées dans le rapport »

On constate de tels rapports durant la période coloniale, à partir du XVII<sup>e</sup> siècle, et tout particulièrement avec la globalisation actuelle. Comme nous l'avons mentionné (section 1.1, sous « Et des inégalités bien réelles »), la délocalisation des centres de production nous empêche de voir le rapport que nous entretenons à distance avec des personnes exploitées dans d'autres pays. Cette situation nous permet d'acheter à bas prix des biens de consommation produits dans des conditions que nous n'accepterions pas nous-mêmes.

Cette typologie révèle la diversité des rapports sociaux producteurs d'inégalités devant la santé et permet d'intégrer la dimension mondialisée de ces rapports. Elle convainc qu'à l'encontre d'une perception fréquemment véhiculée, des facteurs indépendants des dimensions génétiques et des systèmes de soins influent sur la santé et ce, de manière décisive.

Selon Aïach et Fassin, les inégalités « résultent [...] en large part des choix de société en matière d'emploi et de logement, d'éducation et de fiscalité ». Toutefois, poursuivent-ils, « les inégalités sociales face à la prévention et aux soins viennent renforcer les inégalités devant la maladie, en redoublant les désavantages des catégories défavorisées en termes d'accès et de qualité<sup>170</sup> ».

### 3.2 Le droit à la santé dans une perspective globale

Le « droit à la santé », reconnu à l'article 12 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (PIDESC) est une autre voie féconde pour la reconnaissance d'une approche globale de la santé. Dans une optique de défense des droits, la santé est nécessaire à l'exercice d'une citoyenneté pleine et entière. Un accès à l'eau potable, à une alimentation saine et à des ressources suffisantes pour jouir d'un bon état de santé, un logement salubre et un travail qui respecte la dignité humaine, c'est ce à quoi tout être humain a droit.

Les gouvernements du Canada et du Québec se sont engagés en 1976 à respecter les droits économiques et sociaux, dont le droit à la santé. Les obligations du Pacte doivent avoir préséance sur les clauses des traités de libre-échange, tel l'ALÉNA. Dans ses *Observations finales pour le Canada*, en 1998, le Comité

d'experts du PIDESC adresse plusieurs reproches à l'État québécois, notamment en ce qui concerne le financement inadéquat du soutien à domicile. En 2006, la Ligue des droits et libertés dénonce à nouveau l'inaction gouvernementale à la suite du rapport du Comité d'experts<sup>171</sup>.



### Droit à la santé

Selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, le droit à la santé signifie : «le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint<sup>172</sup>».

## 3.3 Déterminants et promotion de la santé

Dans cette section, nous discutons de la promotion de la santé et de l'approche de la santé qu'elle met de l'avant. Nous évoquons d'abord l'émergence de la promotion de la santé à l'OMS et son histoire jusqu'à nos jours. Nous discutons ensuite des aléas de l'« approche des déterminants de la santé », parfois traversée d'un courant biomédical. Finalement, nous ciblons certains travaux récents et prometteurs en promotion de la santé, qui ouvrent la voie à une approche globale de la santé.

### Émergence de la promotion de la santé

En juin 1946, dans le préambule de sa Constitution, adoptée par la Conférence internationale sur la santé, l'OMS arrête une définition de la santé. La Constitution est signée le 22 juillet 1946 par les représentant-e-s de 61 États, et elle entre en vigueur le 7 avril 1948. La définition de la santé de l'OMS n'a pas été modifiée depuis : «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». Malgré ses limites, elle est appelée à jouer un rôle clé dans la recherche d'une vision globale et multifactorielle de la santé. **L'idée que la santé est tout autant physique, mentale que sociale fait son chemin au sein de l'OMS et dans la société civile**<sup>173</sup>.

Cette nouvelle perspective crée les conditions d'émergence de l'idée de promotion de la santé dont voici quelques jalons. L'union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé<sup>175</sup> (UIPES) est fondée en 1951. Ensuite, le rapport Lalonde (1974) propose la notion d'approche globale de la santé, sur laquelle les féministes s'appuieront<sup>176</sup>. Avec ce rapport, le Canada est perçu comme un leader sur le plan international dans le domaine de la promotion de la santé.

**L'idée novatrice du rapport Lalonde a été de conseiller aux gouvernements de ne pas investir uniquement dans les services et les soins de santé mais de s'intéresser aux facteurs qui influent sur la santé.** Ces quatre groupes de facteurs appelés par la suite «déterminants de la santé» sont à l'époque : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé<sup>177</sup>.

En 1986, l'OMS tient à Ottawa sa première conférence sur la promotion de la santé ; en résultent deux documents majeurs : la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, de portée internationale, et *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, de portée plus strictement canadienne, aussi appelé le rapport Epp<sup>178</sup>.



## L'OMS

Au sein d'une institution vaste et décentralisée comme l'OMS se côtoient des manières opposées de concevoir la santé<sup>174</sup>.

Les travaux de l'OMS reflètent différentes tendances, de la vision biomédicale la plus conformiste aux prises de position les plus subversives. Nous retenons ces dernières, par exemple les travaux du Comité sur les déterminants de la santé.



## Un effet pervers de la définition de l'OMS?

Selon notre point de vue, le terme *complet* dans la définition de la santé de l'OMS prête à confusion. Notre santé n'étant jamais complète ni parfaite, ne faut-il pas intervenir... ne faut-il pas médicaliser...? Le culte et l'obsession de la santé parfaite peuvent se rapprocher du culte du corps parfait et de la beauté «parfaite», que rendent virtuellement possibles les mirages de l'industrie de la beauté et de la chirurgie esthétique. Norme, performance, productivité... (voir le chapitre II).

Selon la **Charte d'Ottawa**, la santé est «... une ressource de la vie quotidienne, et non le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques<sup>179</sup>».

**Avec la globalisation et la montée du néolibéralisme, le leadership international du Canada s'estompe.** Les politiques conservatrices du gouvernement canadien dans les années 1980 et depuis les années 2000 consacrent le recul du Canada dans le domaine de la promotion de la santé. La promotion de la santé et l'influence de l'OMS connaissent un déclin évident. Un document de la CSQ<sup>180</sup> en évoque au moins deux raisons. Premièrement, l'OMS manque de fonds. Les États-Unis ont même retiré leur contribution financière en 1986 pour démontrer leur opposition à une réglementation des soins de santé privés. Deuxièmement, à l'Assemblée mondiale de la santé de l'OMS, les représentants proviennent de plus en plus de l'industrie pharmaceutique ou alimentaire, ce qui oriente l'Organisation dans une direction plus biomédicale que sociale.

Depuis les années 1990, le paradigme de «santé de la population», axé sur une perspective médico-épidémiologique<sup>w</sup>, tend à supplanter la promotion de la santé<sup>181</sup>. En ce qui concerne la contribution à la promotion de la santé mondiale, le Canada est le pays qui a le plus réduit son aide au cours des années 1990<sup>182</sup>.

### **L'approche des déterminants de la santé et ses travers**

L'approche des déterminants de la santé est née des conclusions de grandes enquêtes de populations faites partout dans le monde. Cette approche peut notamment rendre compte des inégalités de santé entre les hommes et les femmes. Cependant, plusieurs féministes en critiquent certaines dérives ou récupérations. La centration sur le facteur biologique et la prépondérance accordée aux déterminants d'ordre individuel peuvent provenir des liens étroits entre l'épidémiologie et la biomédecine.

---

<sup>w</sup> Selon le *Petit Robert*, l'**épidémiologie** est «l'étude des rapports existant entre les maladies ou tout autre phénomène biologique, et divers facteurs (mode de vie, milieu ambiant ou social, particularités individuelles) susceptibles d'exercer une influence sur leur fréquence, leur distribution, leur évolution».

Notre société, basée sur l'économie et le marché de la maladie, privilégie la recherche et les innovations autour de l'unique déterminant biologique ou génétique. Lorsque l'institution médicale se concentre sur la génétique, elle indique une fois de plus que la santé dépend de la personne, prise individuellement. Sans nier l'existence et l'importance de ce facteur, nous savons que la recherche génétique profite d'abord aux multinationales de la santé et fort peu à l'amélioration de la santé de la population (voir section 2.4).



### Déterminer le « risque »

Les déterminants introduisent subtilement la notion de « risque » : comportements à risque, individus à risque, groupes à risque. Y a-t-il un effet pervers à cette approche? Pourrait-elle stigmatiser des comportements, puis des personnes? Les rendre responsables, sans pour autant examiner les rapports sociaux qui produisent les comportements?

**Les organismes de santé publique adoptent officiellement l'approche des déterminants de la santé.** Toutefois, en mettant l'accent sur les facteurs comportementaux, ils renforcent une « lecture individualisante » de la santé<sup>183</sup>. Ces déterminants sont appelés *habitudes de vie* : la personne est donc la principale responsable de l'amélioration de sa santé. Cette position reflète l'approche nord-américaine : on se centre sur le revenu comme déterminant du statut socio-économique. La liste des déterminants de Santé Canada reflète la même tendance d'individualisation de la responsabilité.

En Europe, la recherche reconnaît un rôle prépondérant à la classe sociale, au statut d'emploi et au niveau d'éducation. Cette approche, plus centrée sur les aspects sociaux de la santé, engage davantage la responsabilité de l'État. On le constate dans la liste des déterminants de la santé de l'OMS, qui accordent clairement une priorité aux droits sociaux. Les déterminants suivants sont absents de la liste de Santé Canada : paix, logement, sécurité sociale, justice sociale, respect des droits, équité. Ajoutons également que le déterminant « sexe » de Santé Canada, devient pour l'OMS l'« émancipation des femmes », vue comme un déterminant de la santé des populations.

Quelle que soit la liste des *déterminants* choisie, une approche «déterministe», réductionniste ou épidémiologique peut écarter des éléments cruciaux pour la compréhension de la santé des femmes. Une approche globale et féministe des déterminants de la santé s'ouvre à différentes disciplines, à plusieurs méthodes de recherche, et fait appel à une meilleure compréhension des liens entre les déterminants.



### Justice sociale, respect des droits

« La discrimination manifeste ou implicite viole l'un des principes fondamentaux des droits humains et souvent peut être à l'origine d'un mauvais état de santé. La discrimination contre la femme, le vieillard, les minorités ethniques, religieuses ou linguistiques, les personnes handicapées, les populations indigènes et tout autre groupe marginalisé cause et accentue la pauvreté et la mauvaise santé<sup>184</sup>. »

#### COMPLÉMENT

### 3.1

#### **DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ : D'OÙ VIENT CE CONCEPT ?**

Dès 1969, un professeur de la Duke University (Caroline du Nord) établit une liste de déterminants. En se basant sur une étude de longue haleine (1955-1969) sur 268 personnes âgées de 60 à 94 ans, Erdman Palmore<sup>185</sup> constate que :

- 1- maintenir un rôle utile et satisfaisant dans la société,
- 2- entretenir une vision optimiste de la vie,
- 3- conserver une bonne condition physique et,
- 4- éviter de fumer,

sont les éléments constitutifs d'une longue vie active. L'utilisation courante du concept même de *déterminants de la santé* fait suite au rapport Lalonde<sup>186</sup>.

## COMPLÉMENT

**3.2****SANTÉ CANADA : LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**

1. le niveau de revenu et le statut social
2. les réseaux de soutien social
3. l'éducation et l'alphabétisme
4. l'emploi et les conditions de travail
5. les environnements sociaux
6. les environnements physiques
7. les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles
8. le développement de la petite enfance
9. le patrimoine biologique et génétique
10. les services de santé
11. le sexe
12. la culture

## COMPLÉMENT

**3.3****LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ SELON L'OMS**

alimentation, écosystème stable, éducation, émancipation des femmes, équité, justice, sociale, logement, paix, relations sociales, respect des droits, revenu, sécurité sociale, utilisation judicieuse des ressources

**Une approche positive de la promotion de la santé pour le XXI<sup>e</sup> siècle**

Malgré les reculs des années 1990, la *Charte de Bangkok* (2005) reprend à son compte la *Charte d'Ottawa* et propose un concept de santé « positif », « inclusif », « écologique » et « holistique » qui « élargit [le] concept de santé au-delà de la maladie et des risques, ainsi que d'une conception étroite des déterminants de la santé<sup>187</sup> ». La *Charte de Bangkok* va jusqu'à ajouter la dimension spirituelle au nombre des déterminants de la santé.

Les travaux récents des conférences internationales (voir le complément 3.5) et de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS proposent le «développement des capacités des individus et des communautés» et le «soutien à l'adoption de politiques publiques favorables à la santé». Les stratégies mises de l'avant doivent favoriser la «participation de la population et l'action intersectorielle<sup>189</sup>».



### *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation<sup>188</sup>*

[La promotion de la santé] offre un concept positif et complet de santé comme déterminant de la qualité de vie, qui recouvre également le bien-être mental et spirituel.

Selon Rootman<sup>190</sup>, **trois éléments définissent la promotion de la santé**:

- > **la participation citoyenne**
- > **l'autonomisation**
- > **l'équité et la justice sociale**

La promotion de la santé, selon la *Charte d'Ottawa* et la *Charte de Bangkok*, associe la promotion de **saines habitudes de vie** (activité physique, alimentation saine, réduction du stress) à la **réduction de la pauvreté** et à des **politiques sociales** conséquentes. Notons qu'au Canada et au Québec, malgré les discours, l'accent sur la responsabilité et les comportements individuels plutôt que sur les facteurs sociaux continue dans les faits de teinter la conception de la promotion de la santé<sup>x</sup>.

### **Le facteur environnemental**

Soulignons qu'une politique de promotion de la santé ne peut plus, aujourd'hui, faire abstraction du facteur environnemental. Déjà en 1986, le rapport Brundland, fruit d'une collaboration entre des milliers de spécialistes de nombreux pays, démontre sans aucune ambiguïté qu'il n'existe pas de séparation entre

<sup>x</sup> Voir RQASF, «Actions et politiques gouvernementales en santé des femmes», ([www.rqasf.qc.ca](http://www.rqasf.qc.ca)).

l'organisme humain et son environnement<sup>191</sup>. Cet éveil des consciences porte un coup dur aux théories cartésiennes de la mainmise de l'homme sur la nature<sup>192</sup>. Aujourd'hui, selon un nombre croissant d'études, la crise environnementale est la menace la plus lourde pesant sur la santé, partout dans le monde.

Dans ce contexte, les travaux de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS, qui insistent sur la nécessité d'**actions intersectorielles**, offrent des pistes de réflexion et d'action intéressantes. **La Commission recommande un changement d'orientation très profond, une réorientation complète des systèmes de santé dans tous les pays.** Comment et quand pourrions-nous passer du discours, de la rhétorique, à des politiques publiques concertées et concrètes? Voyons ce qui se passe au Québec.

#### COMPLÉMENT

### 3.4

#### LE FACTEUR ENVIRONNEMENTAL

Un rapport de l'OMS « confirme qu'environ un quart de la charge mondiale de morbidité – et plus d'un tiers pour les enfants – est dû à des facteurs d'environnement sur lesquels on peut agir. Nous devons déterminer systématiquement l'impact, particulièrement quantitatif, des risques environnementaux sur différentes maladies. En tête de liste figurent la diarrhée, les infections des voies respiratoires inférieures, divers types de traumatismes involontaires et le paludisme. Cette charge de morbidité due à des facteurs d'environnement est beaucoup plus lourde dans le monde en développement que dans les pays développés – encore que, dans le cas de certaines maladies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires et les cancers, la charge de morbidité par habitant soit plus forte dans les pays développés<sup>193</sup> ».

COMPLÉMENT

**3.5**

## **LA CONFÉRENCE DE VANCOUVER (2007)**

**L'intervention en promotion de la santé signifie que l'on doit<sup>194</sup> :**

- > élaborer une politique publique saine,
- > créer des milieux favorables,
- > renforcer l'action communautaire,
- > acquérir des aptitudes individuelles,
- > réorienter les services de santé,
- > entrer dans l'avenir.

### **Promotion de la santé et santé publique au Québec**

Les ancêtres de la promotion de la santé au Québec sont l'éducation sanitaire (de 1940 au milieu des années 1980) et la santé communautaire (de 1973 à 1986). Selon O'Neill et Cardinal, la santé communautaire s'est peu à peu médicalisée<sup>195</sup>. Et lorsque est introduite l'idée de promotion de la santé avec le *Rapport Lalonde* et la *Charte d'Ottawa*, le personnel de la santé publique a réagi négativement et n'y a vu qu'un simple changement de nom<sup>196</sup>.

Toutefois, dans les années 1990, le Québec se dote du système public de santé le plus « complet » au Canada<sup>197</sup>. L'approche québécoise de la santé publique apparaît « globale » et novatrice, grâce à l'intégration des soins de santé à la santé publique<sup>198</sup>. Malgré une belle structure, le *Programme national de santé publique 2003-2012* n'est pas mis en œuvre... la santé publique ne représente que 2 % à 3 % des dépenses de la santé<sup>199</sup>.

Il semble que le discours de la promotion de la santé ait été adopté par la santé publique québécoise sans que, dans la pratique, elle ait été solidement implantée. Pourquoi?

Des auteurs constatent une confrontation entre le paradigme biomédical cartésien, et le paradigme holiste: la santé comme absence de maladie (biomédecine) et la santé comme notion positive (approche globale)<sup>200</sup>.

Ce «double discours» s'exprime dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*, qui donne la priorité aux «problèmes de santé à éviter» et à la «réduction des risques<sup>201</sup>» plutôt qu'à la promotion de la santé: «Partout, on utilise un discours social et collectif de la promotion de la santé, alors que dans la pratique, la tendance est plutôt à investir dans la réduction des maladies<sup>202</sup>».

Valery Ridde va dans le même sens: il constate l'immobilisme de la santé publique, malgré des avancées, et en donne trois raisons: un «paradigme positiviste» (encore...); «le malaise des acteurs à vouloir intégrer l'approche communautaire»; et «l'absence d'objectifs dans le seul domaine où la réduction des inégalités est explicitement nommée<sup>203</sup>».

**Si la promotion de la santé offre une voie attrayante pour faire valoir une approche globale de la santé, force est de constater que dans la pratique, cette notion est passablement galvaudée.**

### 3.4 Du mouvement de la médecine holistique à la nouvelle médecine des émotions

Dans les années 1970, le mouvement de la médecine holistique, aussi appelé mouvement alternatif en santé, émerge un peu partout en Amérique du Nord. Ce phénomène nous vient des États-Unis (surtout de Californie)<sup>204</sup>, en lien avec la contre-culture des années 1960<sup>205</sup>. Il est la conséquence de mouvements sociaux tels le mouvement écologiste et le mouvement pour la santé des femmes<sup>206</sup>. Aujourd'hui, on n'entend plus guère parler de ce mouvement, mais il semble renaître sous une forme différente, que David Servan-Schreiber, neuropsychiatre, chercheur et vulgarisateur scientifique, appelle la *nouvelle médecine des émotions*<sup>207</sup>.

## Pour l'autosanté

Le mouvement de la médecine holistique apparaît dans le contexte d'une « crise », d'une remise en question de la médecine occidentale moderne<sup>208</sup>. On lui doit le courant d'autosanté (*self-care*), qui origine lui aussi des États-Unis dans les années 1970 et 1980. Autosanté ne signifie pas automédication. Il s'agit d'une démarche consciente qui, « par le biais de la réflexion et de l'action » vise la prise en main de sa santé<sup>209</sup>. Les féministes s'en inspirent et formulent leur propre conception de l'autosanté.

Selon Tom Ferguson, médecin aux États-Unis, il existe sept lois de base de l'autosanté<sup>y 210</sup> :

- › Chacune, chacun est déjà son propre médecin.
- › Les personnes non professionnelles pourraient faire beaucoup pour elles-mêmes si elles avaient accès à tout ce qui est déjà disponible en termes d'outils, d'habiletés, de support et d'information.
- › La conjointe, le conjoint, la famille, les ami-e-s et le réseau social et communautaire constituent les meilleures ressources pour la santé.
- › La santé n'est pas l'absence de maladie.
- › Ce qui convient le mieux pour la santé d'une personne dépend – au moins partiellement – de son système de croyances.
- › Le but principal d'un système de soins de santé devrait être d'aider les gens à prendre soin d'eux-mêmes.
- › La santé est un processus régénératif.

Selon Serge Mongeau, l'autosanté exige certaines conditions préalables :

- › une volonté d'autonomie
- › des connaissances et habiletés spécifiques
- › l'accès à un certain nombre d'outils
- › la possibilité de compter sur un support extérieur, au besoin<sup>211</sup>.

---

<sup>y</sup> Nous avons féminisé cette citation.

## Un large mouvement social

Au Québec, le mouvement alternatif en santé s'inscrit dans une mouvance très large, formée à la fois de féministes, de thérapeutes, de scientifiques engagés tels l'écologiste Michel Jurdant, le vulgarisateur scientifique Fernand Seguin, et le médecin Serge Mongeau. Ce « phénomène alternatif » bouillonne d'expériences diversifiées : coopératives agricoles, d'habitation ou d'alimentation, cliniques populaires de santé<sup>212</sup>. Les ouvrages d'Ivan Illich, célèbre pour son *Némésis médicale*<sup>213</sup> et de Kenneth R. Pelletier, considéré comme un chef de file de la médecine holistique<sup>214</sup>, sont traduits notamment en français.

Dans les années 1980, pour plusieurs, les critiques radicales et fondamentales de la médecine technocratique et du productivisme capitaliste relèvent de l'alarmisme, et le projet de « révolution écologiste » relève de la pensée doucement utopique. Pourtant, les effets néfastes des quatre types de croissances associés à la croissance industrielle que décrit Michel Jurdant dans son livre *Le défi écologiste* (1988) : « la croissance de la destruction des ressources de la nature ; la croissance de la dégradation de la vie humaine ; la croissance des inégalités entre les humains ; la croissance du pouvoir technocratique<sup>215</sup> », s'avèreront fondés.

### COMPLÉMENT

## 3.6

### TROIS CAUSES DE LA « CRISE » DE LA BIOMÉDECINE DANS LES ANNÉES 1970<sup>216</sup>

- 1> Inefficacité à répondre adéquatement aux attentes de la population (déshumanisation des soins)
- 2> Fragmentation du corps ne permettant pas de comprendre la complexité de la personne
- 3> Contestation de la médicalisation du social

## Une approche globale de la santé

La médecine holistique propose ses propres définitions de la santé, de la maladie et de la guérison. Dans un livre consacré à l'approche globale de la santé,

Serge Mongeau énumère un ensemble de **caractéristiques et principes de cette approche globale**<sup>217</sup>: « la production effrénée et la consommation débridée qui caractérisent la vie moderne créent des conditions qui ne répondent pas aux besoins de nos organismes et entraînent des maladies dites de civilisation<sup>z</sup> ».

- 1> « C'est d'abord une personne qui devient malade dans sa globalité et qui développe ensuite une maladie dans un système ou un organe. »
- 2> « La maladie est un signal d'alarme, un cri lancé par l'organisme indiquant alors qu'il y a quelque chose qui ne va pas dans la vie de la personne. »
- 3> « Les symptômes apparaissent souvent avant ou en l'absence de lésions identifiables et ils ont la même importance et le même sens que la maladie. »
- 4> « La maladie peut devenir une occasion de découverte et de croissance. »
- 5> « L'être humain possède des ressources inouïes d'autoguérison qui lui permettent de se sortir des situations apparemment les plus désespérées. »
- 6> « Il n'existe pas de voie thérapeutique qui convienne parfaitement à tous les problèmes et à toutes les personnes. »
- 7> « Chaque personne est unique et exige une approche constamment ajustée à ses besoins. »
- 8> « La personne malade doit demeurer maître d'œuvre de sa guérison et leur thérapeute accepter de n'être qu'un instrument parmi d'autres. »
- 9> « L'entourage du ou de la malade joue un rôle important dans sa guérison. »
- 10> « Beaucoup d'interventions thérapeutiques ont des vertus illusoire et présentent plus de désavantages que d'avantages. »
- 11> « Les maladies individuelles sont souvent la conséquence de dérèglements collectifs et appellent des interventions collectives. »
- 12> « Les thérapeutes doivent également s'épanouir et grandir constamment pour demeurer utiles. »

---

<sup>z</sup> Nous avons féminisé cette citation.

Certaines affirmations de la liste précédente vous laissent-elles sceptiques? Certainement, de tels propos peuvent encore être jugés loufoques, farfelus, «hérétiques», «l’apanage de charlatans» par le monde scientifique<sup>218</sup>.

David Servan-Schreiber a «ouvert son esprit» aux «mécanismes d’autoguérison présents dans l’esprit et le cerveau humain» et explore depuis quelques années ce qu’il appelle une «nouvelle médecine des émotions<sup>219</sup>». **Cette médecine privilégie des traitements qui s’adressent directement au cerveau émotionnel et n’utilise aucun médicament.**

Les différentes approches thérapeutiques<sup>aa</sup> hors normes dont il se fait le promoteur sont toutes soumises à des «évaluations scientifiques rigoureuses qui montrent leur efficacité, et elles [font] l’objet de nombreuses publications dans les revues scientifiques internationales de référence<sup>220</sup>.»

Les principes de la nouvelle médecine des émotions sont les suivants<sup>221</sup>:

- > Le cerveau émotionnel, situé à l’intérieur du cerveau est différent du néo-cortex, siège du langage et de la pensée; ces deux cerveaux ne se «commandent» pas de la même manière.
- > Le cerveau émotionnel contrôle le bien-être psychologique et les fonctions physiologiques du corps (cœur, hormones, systèmes immunitaire et digestif...).
- > Le cerveau émotionnel peut ne pas bien fonctionner et causer des désordres émotionnels à la suite d’expériences douloureuses, qui peuvent «contrôler notre ressenti et notre comportement parfois plusieurs dizaines d’années plus tard<sup>222</sup>».
- > Un psychothérapeute doit «reprogrammer» le cerveau émotionnel. Mais il est plus efficace d’utiliser des méthodes qui passent par le corps et influencent directement ce cerveau émotionnel.

aa Ces approches sont énumérées dans le dernier point de la liste ci-dessous (« Les principes de la nouvelle médecine des émotions... »).

- › « Le cerveau émotionnel possède des mécanismes naturels d'autoguérison », comparables par exemple au mécanisme de cicatrisation d'une plaie. « Les méthodes qui passent par le corps tirent avantage de ces mécanismes<sup>223</sup>. »
- › La cohérence du rythme cardiaque, l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR), la synchronisation des rythmes chronobiologiques par l'aube artificielle, l'acupuncture, la nutrition, la communication affective et les méthodes d'intégration sociale sont des techniques qui s'adressent directement au cerveau émotionnel.

### 3.5 Les savoirs dits traditionnels

La perspective biomécaniste est contredite par des médecines traditionnelles qui, dans certains cas, plongent leurs racines dans la nuit des temps. La science moderne, le positivisme et le colonialisme ont contribué à « délégitimer » des savoirs millénaires, parfois à les rejeter complètement.

Selon l'anthropologue Claudine Brelet, les médecines traditionnelles sont de plus en plus « complémentaires de la médecine classique<sup>224</sup> ». Elles « ont introduit dans les sociétés industrialisées, à l'instar des sagesses anciennes, ce souci de l'autre (dans toute sa complexité physique, mentale, sociale, spirituelle et donc culturelle) qui constitue le fondement même de l'éthique<sup>225</sup> ».

Pour les fins de notre discussion, nous n'évoquons que les médecines chinoise et africaines, bien que d'autres sont tout aussi intéressantes, notamment l'ayurvéda (Inde) et les médecines amérindiennes. Nous évoquons leur relative intégration dans certains pays asiatiques et africains, pour conclure par une réflexion sur l'homéopathie, une médecine occidentale plus ancienne que la biomédecine, qui intègre des principes qui lui sont opposés.

#### **Médecine traditionnelle chinoise (MTC)**

Alors que Descartes a fondé son approche mécaniste sur l'observation des cadavres<sup>226</sup>, la médecine traditionnelle chinoise<sup>227</sup> (MTC) se base sur l'observation de la vie et de la nature. Étant donné leur complexité, les savoirs millénaires, la

philosophie et la vision du monde propres à la MTC peuvent dérouter notre rationalité occidentale toute cartésienne. Néanmoins, au cours du XX<sup>e</sup> siècle, la physique quantique confirme peu à peu le principe oriental ou bouddhiste de l'«interdépendance».

Le site Internet Passeport-santé présente un tour d'horizon de la MTC clair et fort bien élaboré et y consacre plusieurs fiches. On peut y lire que la MTC est une approche holistique de plus en plus accréditée par la science :

«Il s'agit d'une médecine qui privilégie les analogies, qui a une vision large et intégrée de ce que signifie «être en santé», et dont les bases ont été établies bien avant l'avènement de la pensée scientifique.

«Mais, paradoxalement, on commence à découvrir, depuis quelques années, toutes sortes de concordances entre les observations empiriques millénaires de la MTC et les explications de la science moderne, par exemple en ce qui concerne l'anatomie (interdépendance des organes, action des points d'acupuncture, etc.) et les déterminants de la santé (diète, émotions, mode de vie, environnement, etc.)<sup>228</sup>.»

Les notions d'équilibre et d'harmonie dans la médecine traditionnelle chinoise se rapprochent de celles du mouvement féministe. Selon la MTC, la santé se définit comme l'harmonie et l'équilibre provenant des relations entre les différents aspects de notre être, c'est-à-dire à la fois nos émotions et nos pensées, l'état de nos organes ainsi que les substances qui y circulent.

#### COMPLÉMENT

### 3.7

#### **MÉDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE (MTC)**

La MTC compte cinq pratiques principales : l'acupuncture, la pharmacopée à base d'herbes médicinales, la diététique (alimentation), le massage thérapeutique Tui Na et des exercices énergétiques tels le Qi Gong et le taiji quan. Le Qi constitue l'énergie vitale qui soutient les fonctions du corps et de l'esprit.

## Médecines traditionnelles africaines

Le colonialisme, passé et actuel, engendre un mépris, une exploitation et un complexe de supériorité de l'Occident face au continent africain. Un tel regard explique le désintérêt pour les médecines traditionnelles africaines. Sous l'impulsion de l'OMS, ces approches ont commencé à être réhabilitées au sein de plusieurs pays.

Certaines initiatives de l'OMS ont pour but « d'aider les pays à harmoniser la médecine traditionnelle et la médecine moderne dans un système cohérent de prestations sanitaires<sup>229</sup> ». Le Mali, proactif dans ce processus d'intégration, a créé dès 1968 son Institut de phytothérapie et de médecine traditionnelle<sup>230</sup>. La Guinée a initié, quant à elle, un « corps médical populaire de la brigade sanitaire » intégrant guérisseurs et accoucheuses<sup>231</sup>.

La République démocratique du Congo, le Rwanda, le Togo, le Bénin, par exemple, recourent aux *tradipraticiens* et aux *tradipraticiennes*. Nous savons qu'en Zambie, 60 % des *tradipraticiens* sont des femmes<sup>232</sup>. Selon la définition de l'OMS, la *tradipraticienne* est « une personne reconnue par la communauté dans laquelle elle vit comme compétente pour donner des soins de santé reposant sur l'utilisation de substances végétales, animales et minérales, ainsi que diverses méthodes basées sur le contexte social, culturel et religieux aussi bien que sur les connaissances, les attitudes et les croyances qui sont prévalentes dans cette même communauté et concernent le bien-être physique, mental et social ainsi que les causes de maladies et d'infirmités<sup>233</sup> ». Notons toutefois que contrairement à l'Inde ou à la Chine, ce système est parallèle au système public. Ces méthodes ne sont pas toujours reconnues par l'État et le personnel soignant n'est pas rémunéré par des fonds publics<sup>234</sup>. Toutefois, le système est reconnu établir un lien important entre les régions rurales et les systèmes de santé officiels<sup>235</sup>.

## L'homéopathie

Dès le IV<sup>e</sup> siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate (v.-460—v.-377) affirme l'existence de deux principes opposés mais complémentaires pour traiter les maladies.

Avec l'homéopathie, on soigne à l'aide d'un médicament produisant le même effet que la maladie, dans une dose infiniment petite ou diluée. Avec l'allopathie, on soigne à l'aide d'un médicament produisant un effet contraire à la maladie, ce que nous connaissons bien aujourd'hui avec la gamme des « anti », antibiotiques, antidépresseurs, antihistaminiques, etc.<sup>236</sup> Ce n'est qu'au XIX<sup>e</sup> siècle, avec Hahnemann (1755-1843), qu'est fondée l'homéopathie.

L'homéopathie est reconnue légalement et intégrée au système de santé de nombreux pays (par exemple l'Allemagne, la Suisse, le Brésil, le Royaume-Uni et deux de ses anciennes colonies, l'Inde et le Pakistan). Néanmoins, elle continue de faire l'objet de controverses car cette approche centrée sur la personne et non sur la maladie va complètement à l'encontre du paradigme cartésien, ce qui rend complexes son évaluation scientifique et le découpage analytique propre aux études à double insu avec placebo. En d'autres mots, l'évaluation d'un remède prescrit en fonction de la personne ne peut se faire de la même manière que celle d'un remède devant combattre une maladie.

L'homéopathie est une approche globale, préventive et éducative qui rejoint l'approche féministe de la santé<sup>237</sup>.

### 3.6 Le mouvement pour la santé des femmes

Le mouvement pour la santé des femmes, issu du mouvement féministe et s'inspirant d'approches différentes de la biomédecine, propose lui aussi une vision originale de la santé. Comme tout mouvement de revendication, et à l'instar du mouvement féministe plus vaste auquel il appartient, le mouvement pour la santé des femmes est pluriel, traversé de contradictions et de divers courants. Toutefois, on constate une trame commune quant à la définition globale de la santé.

Dans cette section, nous présentons les principales lignes de force de la vision féministe de la santé, en rappelant quelques-unes de ses revendications. Nous soulignons ensuite ce qui ressemble à un paradoxe et explorons certains défis du mouvement, à l'heure du néolibéralisme triomphant.

## Un mouvement majeur en faveur des droits des femmes

En 1973, la parution, aux États-Unis, du livre *Our Bodies Ourselves* (*Notre corps, nous-mêmes*) est vue comme le coup d'envoi du mouvement pour la santé des femmes, qui gagne aussitôt les mouvements des femmes canadien et québécois anglophone, puis québécois francophone. Les féministes formulent différents reproches relativement à la pratique médicale. Elles dénoncent en particulier l'appropriation du corps des femmes et organisent la lutte pour l'accessibilité des services de contraception et d'avortement<sup>238</sup>. Elles s'opposent à la médicalisation des cycles normaux de leur vie (menstruations, grossesse, accouchement, ménopause...). Pour le Québec, les passages suivants du premier *Cadre de référence* résument bien les grandes orientations de ce mouvement :

«Au Québec, le *Mouvement pour la santé des femmes* s'est surtout développé autour de la question du contrôle des naissances englobant l'accès à la contraception et aux services d'avortement et le libre choix en matière de reproduction et sexualité. Il s'est insurgé peu à peu :

- > contre les pratiques et les orientations qui provoquent l'infantilisation, la dépendance et la discrimination ;
- > contre l'hyperspécialisation et la surmédicalisation des processus de leur vie, l'institutionnalisation des problèmes de santé mentale, la bureaucratisation et ses effets de déshumanisation de même que la hiérarchisation des rapports dans le domaine de la santé ;
- > contre le sexisme des approches et des structures institutionnelles et contre l'intransigeance de certaines corporations professionnelles face aux pratiques alternatives.

Les militantes du *mouvement pour la santé des femmes* sont unanimes : **premières concernées par leur corps, les femmes ont, par conséquent, une volonté d'agir sur les difficultés qui les affectent.** Si cela semble recevable, encore faut-il avoir le pouvoir de connaître, de comprendre et de choisir librement les moyens de résoudre ses problèmes de santé et de rétablir sa confiance dans ses propres capacités et compétences.

Les militantes ont fait connaître l'existence de dimensions spécifiques de la santé des femmes et elles ont contribué de façon importante à améliorer les connaissances qui nous sont accessibles actuellement. Elles cherchent aussi à diffuser les pratiques alternatives et à promouvoir l'analyse féministe de la santé à partir des pratiques collectives et des acquis qu'elles offrent aux femmes<sup>239</sup>. »

**Le mouvement pour la santé des femmes revendique des droits pour les femmes et propose une démarche d'empowerment face au système médical et de prise en charge de leur santé.**

Les centres de santé des femmes qui essaient partout en Amérique du Nord dans les années 1970 et 1980 proposent des services de santé spécifiques pour les femmes et leur fournissent des outils pour qu'elles prennent leur santé en main. Ces cliniques ne poursuivent pas que des objectifs médicaux: ce sont de véritables lieux de sensibilisation et de mobilisation politiques sur les enjeux qui concernent les femmes et leur santé<sup>240</sup>.

L'action des groupes de femmes et de chercheur-e-s allié-e-s a contribué à attirer l'attention sur<sup>241</sup>:

- > la violence et ses conséquences,
- > le travail invisible et ses effets,
- > les manières de mieux vivre un accouchement,
- > les besoins liés aux menstruations et à la ménopause,
- > les dangers liés aux nouvelles technologies de la reproduction et de la contraception,
- > les enjeux autour de l'image corporelle,
- > les effets des inégalités sociales sur la santé.

#### **Les « 4 D »**

Nous retrouvons souvent les objectifs de l'approche féministe en santé sous la formule des « 4 D ». On trouve les termes *déprofessionnaliser* et *démédicaliser* dans tous les documents consultés<sup>242</sup>. Ce sont les deux fils conducteurs de

l'approche féministe dont découlent les autres «D»: *désexiser*, *dévictimiser* (on peut aussi voir *déculpabiliser*). Un autre «D» apparaît parfois: démocratiser. Ces termes mobilisent mais ne sont pas toujours définis clairement.

La (dé)médicalisation se passe de présentation, étant un phénomène central de notre approche. La (dé)professionnalisation réfère surtout à l'autosanté, qui fait partie de la remise en question des rapports avec le système médical. Le terme *désexiser* doit être pris dans le sens de la lutte au sexisme, à la discrimination et aux stéréotypes sexistes. La (dé)victimisation rejoint la déculpabilisation, pour signifier la prise en charge de sa propre santé et la remise en cause du rapport infantilisant parfois imposé aux femmes, notamment en matière de santé mentale.

Depuis les premières «réformes» du système de santé dans les années 1990 et depuis les dix dernières années de néolibéralisme accéléré, que sont devenus les «4D» du mouvement pour la santé des femmes? Quels sont les effets des politiques néolibérales sur le mouvement féministe en santé?



## Démédicalisation et mouvement pour la santé des femmes

Selon le sociologue Peter Conrad, cinq facteurs affectent le degré de médicalisation dans une société: le support de la communauté médicale; la disponibilité de traitements ou d'interventions; l'existence de définitions alternatives; la couverture par l'assurance médicale publique ou pas; et la présence d'organisations ou de groupes confrontant la vision médicale<sup>243</sup>. Au Québec, le mouvement pour la santé des femmes a joué un rôle critique auprès des autorités gouvernementales et médicales. Il contribue particulièrement au courant de démedicalisation de la naissance et à la reconnaissance des sagefemmes.

## COMPLÉMENT

**3.8****QU'EST-CE QU'UNE APPROCHE DÉPROFESSIONNALISÉE DE LA SANTÉ ?**

Il s'agit d'un mouvement en faveur de l'autosanté dont les principes sont les suivants<sup>244</sup> :

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

**Le vent des réformes**

À partir des années 1990, sous les effets des politiques néolibérales, les énergies du mouvement pour la santé des femmes se mobilisent pour la sauvegarde du système public de santé. Le mouvement féministe dans son ensemble se concentre sur les questions d'inégalités sociales et se joint au mouvement féministe international. Avec la Marche mondiale des femmes (2000), la santé sera abordée sous l'angle de la pauvreté et de la violence.

Lors du virage ambulatoire en 1996, le mouvement féministe se déclare d'abord en faveur des principes énoncés par le gouvernement de Lucien Bouchard. Le virage ambulatoire devait réduire le nombre et la durée des hospitalisations et des institutionnalisations, « grâce à un soutien accru aux personnes dans leur milieu de vie », réorienter le système trop hospitalo-centriste vers divers types d'établissements et surtout vers les CLSC, utiliser « des nouvelles technologies pour faciliter le maintien dans le milieu de vie<sup>245</sup> ». En apparence, ces objectifs ne recouvrent-ils pas des formes de déprofessionnalisation et de démedicalisation ?

Il peut paraître paradoxal qu'une déconcentration des pouvoirs résultant de politiques néolibérales rejoigne une demande historique des mouvements sociaux dont celui des femmes<sup>246</sup>. Mais le paradoxe n'est qu'apparent.

De cette contradiction, la Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux n'est absolument pas dupe, ni en 1996, ni en 1998. Dans son cahier de revendications, elle dénonce le fait que cette réforme est menée «sur le dos des femmes» et que les «considérations économiques» et la «religion du déficit zéro» priment sur les objectifs de santé<sup>247</sup>.

En 2003, le gouvernement a imposé le bâillon pour accélérer l'adoption de plusieurs projets de loi. Depuis lors, les mouvements sociaux, dont les organisations féministes membres de la Coalition solidarité santé, poursuivent leur mobilisation autour de ces enjeux. Toutefois, les organismes doivent toujours en faire de plus en plus avec de moins en moins de ressources.

COMPLÉMENT

**3.9**

**LES IMPACTS DU VIRAGE AMBULATOIRE SUR LES FEMMES<sup>248</sup>**

- > Bouleversement dans les milieux de travail du secteur de la santé
- > Impacts négatifs sur la santé des travailleuses de ce secteur
- > Prise en charge obligée des personnes dépendantes par les proches qui sont en majorité des femmes
- > Complexité des soins à prodiguer à domicile
- > Coûts : pour leur santé (stress, anxiété, insécurité, épuisement); pour leur vie personnelle, familiale et professionnelle; financiers
- > Diminution de la qualité des soins
- > Remise en cause de gains réalisés sur le marché du travail
- > Confinement des femmes dans des emplois de nature domestique

### **La communautarisation des soins?**

L'intégration des organismes communautaires dans les « projets cliniques », qui sont des ententes de services, formalise les partenariats entre les organismes et l'État. Selon Michel Parazelli, cette situation entraîne une « plus grande emprise organisationnelle du médical sur les organismes communautaires<sup>249</sup> ».

Plusieurs menaces pèsent sur l'autonomie de l'action communautaire. Des organismes à but non lucratif risquent de disparaître ou de devoir se taire, particulièrement les organismes de défense des droits ou ceux dont la mission est notamment de veiller au respect des engagements gouvernementaux. Pour les organismes de la « base », la tendance forte des dernières années porte le nom d'économie sociale. Ce secteur compte des initiatives fort différentes.

Malgré les multiples visages de l'économie sociale, nous savons qu'il peut s'agir dans plusieurs cas de sous-traitance et de services à rabais. Lorsque les organismes communautaires sont appelés à fournir des services normalement assumés par l'État, nous sommes en présence de « communautarisation ». La « communautarisation », sixième et dernière étape vers la privatisation des services de santé souhaitée par la Banque mondiale, est bel et bien amorcée.

### **Est-ce là ce que nous souhaitons?**

Selon Éric Shragge, en ne remettant pas en cause le déplacement des responsabilités du gouvernement provincial vers le local, les ONG contribuent aussi au bon fonctionnement du système néolibéral<sup>250</sup>.

### **Encore plus de biomédecine?**

S'il existe un paradoxe, il ne se trouve peut-être pas là où on pensait. La mobilisation en faveur de la sauvegarde des services publics de santé (essentiels, mais tous biomédicaux) aurait-elle fait oublier les critiques fondamentales du mouvement féministe concernant la science mécaniste et biomédicale? « Le système de santé n'a aucunement rejeté ses bases biomédicales, même en faisant appel aux savoirs et aux pratiques profanes, et la crise actuelle ne doit pas faire perdre de vue que la médicalisation continue d'avoir cours et qu'elle

trouve même des légitimités nouvelles à travers les soins à domicile, le virage ambulatoire et les mirages technologiques<sup>251</sup>.»

Sharon Batt, d'Action pour la protection de la santé des femmes, note un phénomène qui prend de plus en plus d'ampleur: les partenariats entre des organismes à but non lucratif et des compagnies pharmaceutiques<sup>252</sup>.

### **Pour une approche globale de la santé: plusieurs défis**

Considérant les actions et inactions gouvernementales, que ce soit les politiques néolibérales causant l'accroissement des inégalités sociales entre les pays et à l'intérieur des pays, la poursuite de la privatisation des services publics ou le sous-financement des organismes à but non lucratif, tout particulièrement ceux dédiés à la défense de droits;

Considérant les pratiques biomédicales, notamment, la médicalisation des cycles normaux de la vie des femmes et la «sur-médication», particulièrement celle des femmes âgées;

Considérant les avancées du programme néolibéral, que nous pouvons lier notamment au courant de conservatisme social qui menace le droit à l'avortement, au mouvement antiféministe et à la sexualisation de l'espace public;

Considérant la dégradation de notre environnement, qui explique en partie l'accroissement du nombre de cancers, et notre crainte des effets possibles des OGM et des nanotechnologies sur la santé;

**Le RQASF s'engage à faire la promotion de l'approche globale et féministe de la santé, un vaste programme, qui devrait interpeller autant les femmes et les milieux féministes que les hommes, les organismes gouvernementaux comme les organismes non gouvernementaux.**

Comme nous l'avions dit: «Nos acquis sont fragiles et nos revendications d'aujourd'hui sont parfois inspirées de celles d'hier. Plus que jamais, nous devons demeurer vigilantes si nous voulons que la santé des Québécoises soit inscrite à l'ordre du jour<sup>253</sup>».

*Chapitre IV.*

# Approche globale et féministe de la santé

Dans ce quatrième et dernier chapitre, nous tirons les conclusions de toutes les discussions précédentes. **Ensemble, les huit sections définissent, en autant de points, l'approche globale et féministe de la santé, telle que nous la proposons.** Nous ne prétendons pas parler au nom du mouvement pour la santé des femmes, comme s'il pouvait parler d'une seule voix, mais réclamons en faire partie. Tout comme le mouvement féministe plus large auquel il appartient, le mouvement pour la santé des femmes est traversé de différents courants. Toutefois, nous sommes convaincues que les huit points représentent la voix de la majorité des féministes concernant l'approche globale et féministe de la santé.

Les cinq premières sections précisent les **bases d'une approche de la santé à la fois globale et féministe**: une vision holistique et relationnelle de la santé (4.1); l'adoption de cadres d'analyse féministe intersectionnelle (4.2); la prise en compte des déterminants sociaux de la santé (4.3); l'autosanté (4.4) - ce qui ne signifie pas automédication; et le respect de l'autonomie des femmes et de leur droit au consentement éclairé (4.5).

Les trois dernières sections concernent les **positions et revendications féministes au regard de l'action gouvernementale et de l'institution médicale**: une position critique face aux savoirs communs sur la santé (4.6); l'adoption d'une perspective non pas biomédicale, mais globale et féministe en matière de prévention et de promotion de la santé (4.7); et, enfin, la reconnaissance d'approches autres que celle, exclusive, de la biomédecine (4.8).

## 4.1 Vision holistique et relationnelle de la santé

L'approche globale et féministe de la santé implique une définition à la fois holistique et relationnelle de la santé (voir 3.4 et 3.1). Il est nécessaire d'intégrer



### Définir la santé..

Définir la santé comme un rapport social et non comme un état ou un fait purement individuel rend possible une approche globale.

plusieurs perspectives et de considérer tous les aspects psychosociaux de la vie des femmes pour rendre compte de la complexité de leur santé.

**En intégrant les différentes composantes de la personne**, la définition holistique de la santé s'oppose à la définition biomédicale, mécaniste et cartésienne. L'approche relationnelle vient préciser l'idée que **la santé d'une personne ou d'une population est le produit de multiples rapports sociaux**. Les déterminants sociaux de la santé sont le produit de ces rapports.

Sur le plan individuel, la santé se vit comme un état d'harmonie. Elle est un équilibre dynamique en constant mouvement. « L'individu en bonne santé se sent bien à l'intérieur et s'adapte à l'extérieur<sup>254</sup>. »

« Une approche holistique s'éloigne d'une conception basée sur la pathologie pour tendre vers une approche éducative qui reconnaît la capacité d'un individu à utiliser son expérience personnelle pour développer des changements positifs<sup>256</sup>. » La définition holistique de la santé implique une conception plus égalitaire de la relation thérapeutique, basée sur la communication, le respect et la participation du patient ou de la patiente à son traitement.



### Holisme (n.m.) / holiste ou holistique (adj.)

Définition du *Petit Robert* : *holisme* : théorie selon laquelle [la personne] est un tout indivisible qui ne peut être expliqué par ses différentes composantes (physique, physiologique, psychique) considérées séparément.



### Un lien étroit entre l'état mental ou psychologique et l'état physique : l'exemple du cancer

« ... l'on peut agir sur la maladie. Si l'on est mieux informé. Si l'on soigne son corps et son esprit, et si on leur donne la nourriture dont ils ont besoin pour être en meilleure santé. Alors les fonctions vitales du corps se mobilisent pour mieux lutter contre le cancer<sup>255</sup>. »

Comme nous l'avons mentionné au chapitre précédent, le mouvement pour la santé des femmes s'est engagé activement dans la promotion de cette vision de la santé et a participé au mouvement pour la santé holistique dans les années 1980. Les féministes ont été parmi les premières à remettre en question la manipulation de leur corps et plus largement celle du vivant<sup>258</sup>.

Comment l'État reconnaît-il aujourd'hui l'approche holistique de la santé et l'expertise du mouvement pour la santé des femmes en la matière? Force est de constater que vingt-cinq ans de néolibéralisme et de médicalisation à teneur hautement technologique ont nui à la crédibilité des positions du mouvement. Selon l'anthropologue

Francine Saillant, le mouvement pour la santé des femmes est maintenant « moins distant et critique de la biomédecine [qu'avant] et, dans les apparences, plus demandeur des services 'du système'<sup>259</sup> ». Cette tendance s'observe probablement à l'échelle de toute la société.

Néanmoins, la médicalisation de la santé (notamment celle de la maternité et de la santé mentale), ainsi que le monopole de l'industrie médicale sur le système public de santé (par le biais d'une approche centrée sur la maladie, l'hôpital et la médication) ne cessent d'augmenter. Ces phénomènes, qui ne sont pas nouveaux, rappellent la nécessité de **poursuivre la critique de la biomédecine**, de mettre en lumière son idéologie naturalisante et normalisante, et de révéler



### La puissance de la pensée: ce qu'en dit un professeur de philosophie

« En elle-même divisive, [la pensée] perd le lien avec le corps vivant ou le corps entier. Elle le met à distance pour mieux le manipuler, l'objectiver et le contrôler.

Elle en oublie les liens vitaux qu'elle entretient avec lui. Si elle va jusqu'à mettre la vie du corps en danger, c'est elle-même qu'elle met en danger. Les maladies du corps sont aussi celles de l'âme. Malgré la volonté et les prétentions de la pensée, malgré les machines sophistiquées qu'elle produit et qui semblent lui conférer un pouvoir surhumain, la pensée demeure liée au corps, à la vie et à la terre. La pensée pollue et détruit la terre, et se rend compte, parfois trop tard, qu'elle tarit ainsi la source de son pouvoir<sup>257</sup>. »

les intentions néolibérales derrière les discours sur la réforme du système de santé. En contrepartie, nous devons **proposer une définition holistique et relationnelle de la santé**.

## 4.2 Analyses intersectionnelles

Bien qu'un grand nombre de féministes se réclament de l'analyse différenciée selon le sexe (ADS), le RQASF propose aujourd'hui l'adoption de l'analyse intersectionnelle<sup>bb</sup>. Selon nous, cette approche permet une meilleure compréhension de la vie des femmes. Plus que tout autre cadre d'analyse féministe, l'intersectionnalité vient souder féminisme et approche globale de la santé de façon cohérente et claire. Avant même d'explicitier les origines et les avantages de l'intersectionnalité et de rappeler ce qu'est l'ADS, nous devons reconnaître l'existence de spécificités de santé selon le sexe, principe à la base de l'ADS.

### Reconnaissance de spécificités de santé selon le sexe

À l'encontre d'une vision uniformisante de la santé, l'approche globale et féministe de la santé considère essentiel de tenir compte des spécificités de santé propres à chaque sexe<sup>cc</sup>. Le sexe représente généralement le critère de différenciation sociale le plus important. L'idéal de féminité, comme l'idéal de virilité, pervertit les rapports entre les sexes. Nous sommes d'accord avec Vuille et ses collaboratrices pour dire que la santé des hommes est « également compromise par le système de genre » et ce, même si les menaces qui pèsent sur la santé des femmes et des hommes ne s'équivalent pas<sup>260 dd</sup>. Cela nous amène à insister sur la nécessité, de plus en plus reconnue sur le terrain, de travailler en faveur de l'égalité entre les sexes pour que s'améliore la santé des femmes comme celle des hommes.

bb Appelée aussi *intersectionnalité* ou *cadres d'analyse féministe intersectionnelle* (CAFI). Attention : ne pas confondre avec le terme *intersectorialité*, qui renvoie à l'action concertée de différents secteurs. Par exemple les secteurs de l'emploi, de l'éducation, de la santé, agissant de façon intersectorielle contre la pauvreté (dans un monde idéal...).

cc Malheureusement, nous ne disposons pas toujours de données sexuées et les données différenciées selon d'autres critères sont rares.

dd L'idéal de virilité pousse les hommes à des comportements risqués (par exemple des excès de vitesse); c'est pourquoi ils meurent ou se blessent accidentellement en nombre disproportionné par rapport aux femmes.

## Spécificités physiologiques

Le mouvement pour la santé des femmes insiste grandement sur l'accès à des services de santé adéquats pour les femmes en matière de maternité. Sous l'angle médical, les femmes sont réduites à leur fonction reproductive. La biomédecine commence tout juste à reconnaître que les différences entre les sexes dépassent celles de leur système reproducteur<sup>261</sup>.

Le sexisme, qu'il soit inégalitaire ou différentialiste (voir chapitre I), renvoie les femmes à une nature, à une identité fixe et essentielle. Selon les positions adoptées, les différences biologiques entre les sexes sont tantôt minimisées, tantôt surdéterminées, tantôt incriminées, tantôt idéalisées. Toutefois, même si les différences hormonales et génétiques ne déterminent pas à elles seules la santé des femmes et des hommes, il faut les reconnaître.

Chaque sexe a ses vulnérabilités, selon les contextes ou les aspects de la santé mis en cause. Sur le plan strictement biologique, inné, les filles sont plus fortes à la naissance. À ce stade, les garçons sont le véritable « sexe faible », ce que prouve le plus grand nombre de décès d'enfants mâles, in utero et durant la période entourant la naissance<sup>262</sup>. Aucune technologie n'est à même de prévenir les morts prématurées d'embryons ou de bébés de sexe masculin<sup>263</sup>.

Dans la plupart des pays du monde, l'espérance de vie des hommes est généralement plus courte que celle des femmes. Toutefois, sachons qu'au Canada, l'écart entre les sexes tend à se réduire, notamment en raison du tabagisme chez les femmes<sup>264</sup>.

Par ailleurs, les hommes ont la possibilité d'engendrer autant d'enfants qu'ils le veulent (ou ne le veulent pas) sans jamais mettre leur santé en péril, ce qui évidemment n'est pas le cas pour les femmes<sup>265</sup>. De plus, lors d'une relation sexuelle non protégée, une femme est physiologiquement beaucoup plus à risque qu'un homme de contracter une infection transmissible sexuellement (ITS), y compris le virus du sida.

Des spécificités et des différences biologiques entre les sexes concernant les causes, l'incidence et le pronostic de diverses maladies, par exemple les maladies tropicales, la tuberculose, les maladies coronariennes ou certaines maladies auto-immunes, commencent tout juste à être étudiées et mieux comprises<sup>266</sup>. C'est pourquoi l'institution médicale (en recherche, pour le diagnostic ou pour le choix d'un traitement), doit porter une attention particulière à cerner les particularités de chacun des sexes.

#### COMPLÉMENT

### 4.1

#### **QUELQUES DIFFÉRENCES PHYSIOLOGIQUES**

Les différences biologiques existent<sup>267</sup>, elles font partie des nombreux éléments qui influencent les comportements et la santé. Les femmes comptent 9 fois plus de cas de lupus, 50 fois plus de cas de maladie de la thyroïde, 7 fois plus de cas d'hyperthyroïdie, 3 fois plus de cas de migraine. Elles constituent 75 % des cas de maladies auto-immunes, 71 % des cas d'arthrite rhumatoïde. Les hommes pour leur part sont deux fois plus sujets à la maladie de Parkinson. En cas d'hypertension, les femmes sont plus susceptibles de faire un accident vasculaire cérébral qu'une crise cardiaque : pour les hommes, c'est l'inverse. Hommes et femmes vivent de manière différente les dépendances et ressentent différemment la douleur<sup>268</sup>. La réaction aux médicaments est également différente. Par exemple, des médicaments contre l'arythmie cardiaque diminuaient les risques chez les hommes sur qui on les avait testés, alors qu'ils mettaient en péril la santé des femmes<sup>269</sup>.

#### COMPLÉMENT

### 4.2

#### **DISCRIMINATION DANS LES SOINS D'URGENCE : RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE TORONTOISE**

« Chez les patients âgés de 50 ans et plus, les femmes sont moins susceptibles que les hommes d'être admises aux soins intensifs et d'y recevoir certains traitements de maintien de la vie. Elles sont également plus susceptibles que les hommes de mourir après une maladie en phase critique. Des différences dans la présentation clinique de la maladie en phase critique et dans la prise de décision ou d'autres facteurs confondants non mesurés pourraient avoir contribué à ces résultats<sup>270</sup>. »

## Spécificités sociales

On reconnaît l'importance des spécificités biologiques, mais c'est la situation socio-économique et les rôles sociaux des femmes qui influent le plus sur la santé de la majorité d'entre elles. Don de soi, aide aux autres et disponibilité sont attendus des femmes, causant un stress pouvant fragiliser leur santé. Les risques croissent lorsque s'ajoute de la violence, domestique ou au travail.

Souvent, les femmes cumulent soins aux enfants, travail domestique, soins aux proches en situation de dépendance et travail rémunéré, ce qui multiplie leurs responsabilités. Selon des recherches, ces responsabilités les amènent à travailler de nombreuses heures et à négliger leur santé. Plutôt que « d'abandonner une activité au profit d'une autre, [les femmes] préfèrent renoncer à leurs loisirs ou consacrer moins de temps au repos, au sommeil et à la relaxation<sup>274</sup> ».

Le ministère de la Santé et des Services sociaux admet que toutes ces conditions expliquent que les femmes, parmi lesquelles les adolescentes, les femmes âgées, les mères de familles monoparentales, les aidantes bénévoles, celles exerçant un métier de relation d'aide, les femmes seules et les femmes violentées, sans oublier celles vivant dans des conditions économiques précaires, sont plus à risque de vivre de la détresse psychologique<sup>275</sup>.

Les rôles sociaux attribués au genre féminin se conçoivent en lien avec cette nature particulière attribuée aux femmes depuis des siècles. **Identifier les besoins différenciés ou similaires des hommes et des femmes devrait être une priorité.**



### Spécificités sociales : quelques statistiques

De 70 % à plus de 80 % des « proches aidants » sont des femmes<sup>271</sup>.

Les trois quarts du personnel dans le secteur de la santé et des services sociaux sont des femmes. Au Québec, « dans 87 % des cas de violence conjugale ayant fait l'objet d'une dénonciation, l'auteur était un homme, généralement le conjoint (47,1 %) ou l'ex-conjoint (41,6 %) de la victime »<sup>272</sup>.

Aux États-Unis, au moins 30 % des femmes seront battues par leur partenaire à un moment ou un autre de leur vie<sup>273</sup>.

## L'ADS

Depuis la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, tenue par les Nations Unies à Beijing en 1995, un grand nombre de féministes recommandent à leurs gouvernements d'adopter *l'analyse différenciée selon le sexe* (ADS), appelée *analyse comparative selon le sexe* (ACS) au Canada et *approche intégrée de l'égalité* (AIE) en Europe. Derrière ces différentes appellations se cachent des nuances de sens, selon les contextes sociaux et historiques des différents pays.

En 1997, le gouvernement du Québec a commencé à utiliser l'ADS dans des projets pilotes, au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). La première étape fut la production de données statistiques selon le sexe. Selon sa conception<sup>ee</sup> :

«L'analyse différenciée selon les sexes est un processus qui vise à discerner, de façon préventive, au cours de la conception et de l'élaboration d'une politique, d'un programme ou de toute autre mesure, les effets distincts que pourra avoir son adoption par le gouvernement sur les femmes et les hommes ainsi touchés, compte tenu des conditions socioéconomiques différentes qui les caractérisent. L'analyse différenciée peut également être utilisée dans l'évaluation à des fins de révision ou de reconduction d'une politique, d'un programme ou d'une autre mesure. Il s'agit donc d'une approche génératrice de solutions bien adaptées aux réalités auxquelles elle s'applique et qui peut être aussi profitable aux hommes qu'aux femmes. Cette adéquation doit se traduire dans les interventions qui en découlent<sup>276</sup>.»

Pour plusieurs féministes, l'avantage de l'ADS est d'obliger l'État à examiner la situation des femmes. Par contre, elle peut tout aussi bien être une façade. À quoi bon produire des données sexuées, si elles ne sont pas analysées dans une perspective féministe, si ne suivent pas des actions cohérentes visant la promotion des droits des femmes? À peine mise en application, l'ADS semble avoir disparu des politiques gouvernementales québécoises depuis 2003<sup>277</sup>. L'institutionnalisation de l'ADS lui aurait-elle fait perdre de vue ses objectifs?

ee Noter que le MSSS précise que l'ADS doit inclure une préoccupation pour les diverses minorités. Voir *Guide-mémoire de l'analyse différenciée selon les sexes dans les secteurs de la santé et des services sociaux*, Québec, Santé et des Services sociaux, 2004, p. 10. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-835-01.pdf>

Toutes ces critiques considérées, l'ADS a une autre faiblesse: elle ne se centre que sur les disparités de sexe, comme si toutes les femmes étaient les mêmes et qu'il n'existait pas de disparités entre elles. C'est pourquoi nous avons besoin d'analyses intersectionnelles.



## Le Canada et l'ACS

Dans la foulée de la Conférence de Beijing, le Canada propose le *Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes* (1995-2000). Selon Colleen Reid et ses collègues, « la plupart des politiques et programmes du gouvernement fédéral ne portent pas attention à cette question de l'équité des genres<sup>278</sup> ».

### COMPLÉMENT

## 4.3

### INÉGALITÉS DE SEXE AU CANADA : QUELQUES EXEMPLES<sup>279</sup>

- > Le pourcentage élevé de femmes qui vivent en situation de pauvreté et qui ont des problèmes de santé
- > La persistance de la violence faite aux femmes au Canada
- > Le statut inférieur des femmes immigrantes ou réfugiées
- > La vulnérabilité des femmes autochtones, « les pauvres parmi les pauvres »

### Analyses intersectionnelles<sup>280</sup>

L'idée de prendre en considération l'intersection entre les différents rapports de pouvoir (ou les effets dans la vie des personnes du croisement de différentes identités) vient du *Black Feminism*, le féminisme des Noires aux États-Unis. Ces femmes ne se reconnaissaient pas dans le mouvement féministe des femmes de la majorité blanche, issues de la classe moyenne, qui ne comprenaient pas bien les particularités de leur expérience de vie<sup>281</sup>.

L'objectif de l'approche intersectionnelle n'est pas d'observer chacun des facteurs de discrimination séparément mais de les intégrer. Ainsi, à la prise en compte de la dimension du sexe/genre s'intègrent ou peuvent s'intégrer la couleur de la peau, l'origine ethnique ou nationale, la classe (origine ou condition sociale), le niveau d'éducation, le handicap ou l'orientation sexuelle. En matière de statistiques et de conception des politiques publiques, l'approche intersectionnelle exige un effort supplémentaire.

Selon nous, l'approche intersectionnelle se marie parfaitement à l'approche globale et féministe de la santé. Elles ont en commun de **refuser les analyses linéaires** (une cause, un effet) et de leur préférer une **compréhension des multiples facteurs** qui interagissent pour produire une situation donnée<sup>282</sup>.

**Lors des consultations médicales, les diagnostics posés par les médecins peuvent être influencés par des préjugés sur la santé des personnes issues de minorités.** Les disparités d'accès aux soins entre minorités noires et majorité blanche sont connues aux États-Unis<sup>283</sup>. Selon une étude montréalaise, lorsque l'infirmière est noire, le sens de la discrimination peut s'inverser: par exemple, une personne soignée refuse d'être touchée par une professionnelle à la peau foncée<sup>284</sup>. De plus, dans notre recherche sur la santé des lesbiennes, nous avons constaté que celles qui étaient issues des minorités dites visibles vivaient une exclusion particulière, en raison de cette intégration de motifs de discrimination<sup>285</sup>.

Tout comme l'analyse différenciée, l'approche intersectionnelle veut provoquer des changements structurants. Elle cherche à prendre en compte les impacts des institutions et de la société en général, dans une optique de prévention des multiples inégalités<sup>286</sup>. Elle propose un mandat clair et assumé de changement social. De plus, elle peut dépasser la compréhension théorique et se répercuter dans la pratique, afin d'assurer une meilleure intervention féministe et de favoriser l'*empowerment* des femmes<sup>287</sup>.

**Les analyses intersectionnelles nous outillent pour effectuer un retour aux sources du premier cadre de référence en faveur d'une approche féministe**

**inclusive** qui « dénonce les mythes, les stéréotypes qu'ils soient fondés sur le sexe, l'appartenance culturelle, l'orientation sexuelle ou le statut social<sup>288</sup> » ou tout autre critère de marginalisation énoncé à l'article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*, tels le handicap ou la couleur de la peau (voir section 1.3).

COMPLÉMENT

**4.4**

**UNE ANALYSE VRAIMENT INTÉGRÉE**

Toute femme peut vivre un ensemble de discriminations qui ne peut être divisé par facteur. Son expérience se comprend seulement dans son entièreté. Ainsi, la discrimination fondée sur le genre ne se « double » pas d'une discrimination fondée sur la race ou sur l'orientation sexuelle, par exemple, mais elle s'y intègre. L'expérience vécue par une femme ne résulte pas d'une simple somme de discriminations sans lien les unes avec les autres, mais bien de la formation d'une discrimination particulière. Ainsi, on ne peut pas dire qu'une discrimination doit ou peut être éliminée avant une autre. Ce qui permet de contourner le problème de la hiérarchisation tout en abordant la diversité des rapports de pouvoirs dans la société.

**4.3 Prise en compte des déterminants sociaux de la santé**

Notre définition holistique et relationnelle de la santé suppose la prise en compte de l'ensemble des déterminants sociaux de la santé. L'approche globale exige un examen attentif de ce qui explique les inégalités de santé au sein de la population, et notamment entre les hommes et les femmes.

Dans cette section, nous avons choisi de nous attarder sur la pauvreté et le travail, deux déterminants très structurants dans la vie des femmes et dont l'impact sur leur santé est majeur. Nous avons évoqué d'autres déterminants dans les chapitres précédents, par exemple l'environnement, le handicap, l'orientation sexuelle et l'appartenance à un peuple autochtone.

## La pauvreté

Le lien entre la santé et la pauvreté est connu, reconnu, et on en parle abondamment... Nous savons que l'état de santé de la population en général s'améliore depuis les 30 dernières années, mais certaines catégories de personnes font exception. Selon Pampalon et Raymond, les hommes au sommet de l'échelle sociale au Québec vivent environ neuf ans de plus que ceux qui vivent au bas de l'échelle, alors que chez les femmes, cet écart se situe à environ trois ans. Quant aux personnes pauvres, en plus de vivre moins longtemps, elles passent une plus longue période de leur vie avec une incapacité ou en moins bonne santé<sup>289</sup>.

Les grandes enquêtes épidémiologiques internationales et nationales, autant que la recherche sociale, permettent de constater ce lien crucial entre la pauvreté et la santé<sup>290</sup>. Comment contrer ce fléau?

Selon Abby Lippman, il nous faut **agir sur les déterminants sociaux plutôt que médicaliser** :

« Si on veut atteindre les objectifs de santé publique qui visent à promouvoir la santé de la population, il faudra accorder la priorité aux déterminants structurels qui vont à l'encontre du sain développement des personnes et qui conduisent à la maladie, à la mort et à des problèmes d'ordre physique, mental et social. Il est plus pertinent d'identifier les populations à risque selon les lieux où elles habitent et travaillent et de circonscrire les conditions politiques, économiques et sociales qui régissent leurs environnements, que d'identifier les chromosomes des individus ou les composantes de leur ADN. Dans certaines circonstances, il est vrai que l'information génomique sur les individus peut contribuer à la prévention de la maladie. Cependant, ce type d'information ne peut, en aucun cas, contribuer à la réalisation des objectifs fondamentaux de promotion de la santé publique, pas plus qu'elle ne sert à réduire, dans une population donnée, les iniquités relatives à la santé<sup>291</sup>. »

Au Québec, le mouvement des femmes est très actif dans la lutte à la pauvreté. En 1995, le mouvement organise la marche « Du pain et des roses ». Il présente neuf revendications visant à corriger des inégalités, parmi lesquelles la demande de revalorisation du salaire minimum, l'équité salariale et la création d'un réseau public de garderies. Certaines revendications (salaire minimum, barèmes de l'aide

sociale...) touchent l'ensemble des personnes en situation de pauvreté, hommes ou femmes.

L'idée d'un projet de loi sur l'élimination de la pauvreté<sup>292</sup> naît de la collaboration de Françoise David, de la Fédération des femmes du Québec, et de Vivian Labrie, du Carrefour de pastorale en monde ouvrier (CAPMO)<sup>ff</sup>. Rapidement, tout le milieu communautaire se rallie à la proposition de «pauvreté zéro», pendant progressiste du «déficit zéro».

Le 13 décembre 2002, l'Assemblée nationale du Québec adopte à l'unanimité une législation visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale (projet de loi n° 112), «une première en Amérique du Nord»<sup>293</sup>. L'adoption d'une véritable législation et non d'une simple politique représente une victoire pour la Coalition pour un Québec sans pauvreté.

Malgré la mise en œuvre de la Loi, les écarts entre les riches et les pauvres augmentent, d'année en année. L'impuissance ressentie face à ce «fléau», à ce «problème», finit par renforcer la croyance selon laquelle les personnes qui vivent en situation de pauvreté en sont les premières responsables - en plus grande proportion des femmes et des familles monoparentales, des membres de diverses minorités racisées, ou des personnes vivant avec des limitations fonctionnelles (voir la section 1.2).

Dans leurs discours, les États reconnaissent l'importance de lutter contre la pauvreté. Les politiques gouvernementales le mentionnent également. De nombreuses organisations partagent à répétition leurs préoccupations et leur inquiétude en ce sens, émettent des recommandations, établissent des objectifs généraux ou plus précis<sup>294</sup>.

Dans la pratique, on peut se demander si la privatisation du système public de santé est compatible avec la lutte à la pauvreté; si les augmentations timides du salaire minimum le sont également; si la dégradation de l'accès à la propriété ou

---

<sup>ff</sup> Ces organismes ont participé étroitement au processus de création du Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté (devenu le Collectif pour un Québec sans pauvreté), amorcé au moment du Sommet sur l'économie et l'emploi en 1996. Le Collectif naît officiellement en janvier 1998.

à un logement salubre tout court ne représente pas une abdication de l'État de ses responsabilités sociales.

**La déréglementation massive des dernières décennies de néolibéralisme fait oublier que le législateur doit intervenir par une législation, une réglementation et des politiques appropriées dans différents secteurs clés tels que le travail, le logement et bien sûr la santé.**



Comment sortir de cette impasse?

*La Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* pourrait-elle servir de levier pour sortir de la rhétorique sur la pauvreté, de ce discours sur l'« état » de pauvreté? Pour aborder ce phénomène de façon multifactorielle, sociale et complexe?

Comment améliorer la santé?

Pour améliorer la santé, il faut réduire les taux d'échecs scolaires, l'insécurité et le chômage, et améliorer l'habitat. Les sociétés qui permettent à tous leurs citoyens de jouer un rôle utile dans la vie sociale, économique et culturelle sont dans une meilleure situation sanitaire que celles qui se caractérisent par l'insécurité, l'exclusion et la pauvreté<sup>295</sup>.

**Un puissant déterminant: le travail, rémunéré ou pas**

Le travail peut jouer un rôle positif dans la santé des femmes en leur offrant un réseau de soutien social, tout comme il peut menacer leur santé<sup>296</sup>. Malgré l'entrée massive des femmes sur le marché du travail dans les années 1960, la discrimination systémique, alimentée par des stéréotypes et des préjugés, continue d'avoir des répercussions sur leurs emplois, leur rémunération et leurs conditions de travail<sup>297</sup>. Nous savons que le salaire moyen d'une profession diminue lorsque les femmes s'y concentrent. De même, « plus les travaux sont proches des travaux accomplis en partie gratuitement dans la sphère domestique ou familiale, plus cette dévalorisation est importante<sup>298</sup> ».

Les études révèlent que :



### Travail, stress et maladies cardiovasculaires

«Au Québec, avec une prévalence de 23 %, la tension au travail est (...) un facteur de risque de maladies cardiovasculaires comparable à la sédentarité (29 %), au tabagisme (34 %) ou à l'hypercholestérolémie (19 %)»<sup>299</sup>.

- › Au travail, «une combinaison de demandes psychologiques élevées et une *autonomie décisionnelle* faible augmente le risque de développer un problème de santé physique et mentale»<sup>300</sup>. Ces phénomènes se constatent surtout dans les emplois au bas de l'échelle hiérarchique ou dans les emplois précaires<sup>301</sup> où sont concentrées les femmes.
- › Les emplois qu'occupent les femmes sont particulièrement stressants et exigeants sur le plan émotionnel<sup>302</sup>.
- › En 1998 au Québec, les femmes qui occupaient un emploi étaient deux fois plus nombreuses à souffrir de détresse psychologique lorsqu'elles étaient exposées à de la tension au travail : 30 % contre 15 %. On observait le même phénomène chez les hommes, mais le pourcentage était moindre : 23 % contre 11 %<sup>303</sup>.
- › Les femmes sont davantage touchées par l'intimidation et la violence physique au travail<sup>304</sup>.
- › La double journée de travail concerne une majorité de femmes dans le monde : un travail rémunéré avec en plus les tâches domestiques et familiales<sup>305</sup>.
- › Les femmes travaillent quotidiennement plus longtemps que les hommes<sup>306</sup>.
- › Dans les milieux de travail non traditionnellement féminins, il peut être plus difficile de faire valoir les problèmes de santé des femmes au travail, notamment en raison de la voix prépondérante des hommes dans les organisations syndicales<sup>307</sup>.

Nous devrions nous intéresser davantage à ce qui aide les femmes à demeurer en santé plutôt qu'à ce qui les fragilise. Par exemple, le Centre ontarien d'information en prévention consacre un document à *l'inclusion*, comme facteur positif pour la santé<sup>308</sup>. Le Centre a produit des outils à l'intention du personnel

professionnel de la santé et pour l'intervention en milieu communautaire, afin de faciliter l'appropriation des déterminants sociaux de la santé<sup>309</sup>.

#### COMPLÉMENT

### 4.5

#### LE SENS DU TRAVAIL

« Notre travail est plus qu'une source de revenus. Il nous donne aussi un sentiment d'accomplissement, d'appartenance et de satisfaction, si la société respecte et souligne le travail payé et non payé que l'on fait. Nous avons besoin de nous sentir en sécurité au travail et de recevoir une somme d'argent appropriée correspondant à la valeur de notre contribution. Nous avons aussi besoin d'être reconnu pour le travail non rémunéré que l'on fait au sein de notre famille et de notre collectivité. Les travaux domestiques et le travail bénévole dans la communauté ne sont en général pas payés ni appréciés à leur juste valeur; pourtant, ils sont essentiels à notre survie et à notre qualité de vie<sup>330</sup>. »

#### 4.4 Promotion de l'autosanté en tant que prise en charge globale de sa santé

Dans les années 1970, les féministes québécoises participent activement à l'autosanté, un courant de pensée et de pratiques venu des États-Unis (voir 3.4). Les intervenantes des centres de santé des femmes tiennent compte des insatisfactions des femmes face au système médical pour leur proposer les outils nécessaires à leur propre démarche d'autosanté. Ce faisant, elles donnent à l'autosanté une dimension politique et collective et en diffusent les idées émancipatrices et subversives.

À l'inverse de l'approche biomédicale qui entraîne passivité face à sa santé et dépendance du système, l'autosanté conduit vers l'*empowerment* et davantage d'autonomie.

Une démarche d'autosanté exige beaucoup de détermination et une volonté de résistance au discours commun, surtout en ce XXI<sup>e</sup> siècle propice au conformisme social. La norme ambiante est celle de la foi aveugle dans les technologies biomédicales et de la conviction que les médicaments « produisent la santé<sup>311</sup> ».

L'autosanté au contraire oblige à prendre des responsabilités et à développer son sens critique face à l'information reçue.

L'autosanté implique une démarche personnelle pour saisir les liens entre son état de santé, ses conditions de vie, et les situations ou événements de sa vie<sup>312</sup>. Il en résulte des prises de conscience sur son expérience de vie et sa santé propices à une remise en question du pouvoir médical. L'autosanté implique de s'interroger sur ses rapports avec les médecins et de connaître ses droits. Elle vise des relations thérapeutiques plus égalitaires, conçues comme des rapports de collaboration.

La pratique de l'autosanté et la transformation de la relation thérapeutique qu'elle suscite nous amène au 8<sup>e</sup> et dernier point de discussion.

COMPLÉMENT

**4.6**

**LES BÉNÉFICES DE L'AUTOSANTÉ**

Selon David J. Fletcher, que cite Mongeau, les bénéfices de l'autosanté sont l'amélioration de la relation thérapeutique et des services médicaux, la satisfaction des médecins, l'accroissement du sentiment de contrôle pour les patientes et les patients et la réduction du coût des soins<sup>313</sup>.



**Les inégalités sociales et de santé**

Les inégalités sociales et de santé affectent le droit de prendre des décisions au sujet de sa santé. La pauvreté, la discrimination, l'exclusion, un mauvais état de santé, peuvent à certains moments nuire à l'estime de soi ou détourner la personne de ses propres besoins, ce qui rend difficile une démarche d'autosanté. Parfois, au contraire, ces situations provoquent des prises de conscience menant à une décision en ce sens.

## 4.5 Respect de l'autonomie des femmes et de leur droit au consentement éclairé

Le mouvement pour la santé des femmes réclame depuis de nombreuses années que l'institution médicale respecte l'autonomie des femmes et leur droit au consentement éclairé, qui découlent du droit à la santé.

Dans le numéro de son *Bulletin* consacré au droit à la santé, la Ligue des droits et libertés explique qu'une « autonomie » doit être reconnue aux personnes dans leurs choix concernant leur santé. Le droit à la santé implique le droit de refus de traitement, le droit à l'information sur son état de santé, sur les conséquences d'un traitement et sur les choix possibles. Il implique également le droit au choix du traitement, du ou de la professionnelle et de l'approche thérapeutique<sup>314</sup>.

Le **consentement aux soins** se base sur un droit fondamental de la personne. Il doit être libre et éclairé. Cette liberté de choix est directement liée à la qualité de l'information reçue. Il implique que le personnel professionnel de la santé doit présenter à la patiente ou au patient l'ensemble des bénéfices et des risques associés à un traitement ainsi que le choix de traitements possibles. Non seulement l'information doit avoir été communiquée mais il faut également s'assurer qu'elle est comprise. Le consentement doit être librement donné, sans contrainte. Le consentement est dit **éclairé** lorsque toute l'information disponible, au meilleur de la connaissance du ou de la thérapeute, a été communiquée.

Pour la grande majorité des gens, le personnel médical est la première source d'information. Que se passe-t-il lorsque ce personnel professionnel n'est pas bien informé? Aussi bien les études cliniques sur les médicaments que les articles qui informent la communauté scientifique sont fortement influencés par l'industrie pharmaceutique, ce qui en compromet gravement l'objectivité<sup>315</sup>. La situation a atteint un tel seuil critique qu'en 2001, douze des plus prestigieuses revues médicales éditées dans le monde publient un éditorial commun afin de préserver la crédibilité et la fiabilité de l'information qu'elles diffusent<sup>316</sup>. Influencés par les sollicitations et bombardés par la publicité des pharmaceutiques, comment

pouvons-nous espérer que les médecins, par exemple, puissent nous transmettre toute l'information dont nous avons besoin?

## 4.6 Vision critique de la production des savoirs

Peu importe le courant de pensée auquel ils se rattachent, les différents mouvements féministes font la critique de la situation des rapports sociaux de sexe et la promotion d'une plus grande égalité entre les hommes et les femmes. Les féministes proposent une autre lecture de l'histoire et une autre vision de la santé. Pour remettre en question les savoirs biomédicaux basés historiquement sur une exclusion des femmes, pour dénoncer les discriminations, ils<sup>gg</sup> et elles adoptent une attitude de vigilance critique et mettent de l'avant une approche respectueuse des droits.

Pour nous donner les moyens d'un regard aussi critique, il importe en premier lieu de faire face à l'avalanche d'information sur la santé pour développer nos connaissances et nos propres démarches. Dans *Notre soupe aux cailloux*<sup>327</sup>, le chapitre 3.1 «Se donner du pouvoir», qui inclut des sections «L'autosanté» (3.1.1) et «La médicalisation croissante» (3.1.2), esquisse quelques éléments d'une démarche d'*empowerment*<sup>328</sup>.

Devant la production effrénée d'information en matière de santé, nous proposons les actions suivantes :

- > Développer et exercer son esprit critique
- > Vérifier la fiabilité de l'information, notamment celle des sites Internet
- > Lire entre les lignes des nouvelles médicales
- > Faire le point pour mieux connaître sa santé (globalement)
- > Réfléchir à ses relations avec les médecins et autres thérapeutes
- > Se poser des questions sur les médicaments consommés (prescrits ou en vente libre)
- > Adopter une démarche d'autosanté (voir la section 4.4)

<sup>gg</sup> Les féministes de sexe masculin ne sont pas très nombreux à première vue... Nous les invitons à oser se prononcer publiquement en faveur des droits des femmes.

Il nous faut donc nous donner les outils nécessaires pour débusquer les détournements de sens et ne pas nous laisser duper par les discours communs (voir la section 1.2). Le développement d'un esprit critique exige de se méfier des mots à la mode, détournés de leur sens, ou récupérés pour des motifs publicitaires. Par exemple, l'expression *santé globale*, de plus en plus couramment utilisée, est détournée du sens que nous lui donnons dans le mouvement féministe. Le terme *prévention* tend lui aussi à devenir un mot fourre-tout.

En définitive, cette attitude vigilante ouvre la voie à un examen critique de la production des savoirs. La discussion théorique élaborée au chapitre I de ce document offre plusieurs pistes de critique du discours néolibéral, alors que le chapitre II montre les effets pervers des prétentions scientifiques de la biomédecine et de l'industrie pharmaceutique.



### La vigilance critique

Lorsqu'une étude se dit objective, lorsque des données prétendent à l'exhaustivité, souvenons-nous que ces mots peuvent au contraire cacher un manque de rigueur ou une sorte de foi aveugle. Devant les savoirs non encore reconnus, demeurons à l'affût.

Même attitude d'ouverture face aux nouvelles hypothèses... tout comme aux anciennes. Est-il possible de douter sans pour autant rejeter? Tendre une oreille attentive suffit peut-être.

## 4.7 Prévention et promotion de la santé dans une perspective critique et féministe

Nous l'avons constaté, les mots peuvent être assiégés ou pervertis de toutes parts. C'est ainsi que la prévention peut devenir une forme de médicalisation (voir 2.3). C'est ainsi que la promotion de la santé peut servir de paravent et de discours pour masquer une vision axée principalement sur la maladie (voir 3.3). C'est ainsi que la *Charte d'Ottawa*, réputée définir autant l'approche globale que la promotion de la santé, peut se transformer en outil de la normalisation des comportements individuels, grâce à une vision épidémiologique des déterminants de la santé (voir 3.3). Son esprit risque donc de ne pas être respecté.

Depuis le début du XXI<sup>e</sup> siècle, la poursuite des réformes du système de santé au Québec ont pour effet d'amplifier l'écart entre les discours et la pratique en matière de promotion de la santé. Face à cette situation, certaines auteures réclament une « appellation contrôlée » de la promotion de la santé<sup>319</sup>.

Nous disposons de plusieurs moyens pour faire valoir une approche globale et féministe de la prévention et de la promotion de la santé. Notre propre expérience et nos outils peuvent être mis à contribution. Nous pouvons nous appuyer sur les conférences internationales de l'Union internationale de promotion et d'éducation à la santé (UIPES) et sur les documents du Comité des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Lors de la dernière conférence de l'UIPES à Vancouver (2007), l'accent mis sur les « facteurs sociaux, économiques et politiques » à l'origine des inégalités en matière de santé exprimait une volonté de renouveler la *Charte d'Ottawa*<sup>321</sup>.

Nous pouvons enfin faire valoir une lecture proprement féministe de l'épidémiologie pour promouvoir une nouvelle manière de faire de la santé publique. Il ne suffit pas d'ajouter le mot « femmes » dans les études. Selon nous, la promotion de la santé exige une approche relationnelle pluridisciplinaire et complexe du social. Selon la perspective critique et féministe, les politiques sociales doivent s'appuyer sur différents types d'études, parmi lesquelles des recherches qualitatives.



### Deux logiques contradictoires

« La logique de production de services de soins médicaux pour combattre la maladie et la logique de production de la santé sont différentes et peuvent difficilement être mises sur un même continuum<sup>320</sup>. »

Les principes suivants peuvent faire partie de l'épidémiologie féministe<sup>322</sup>:

- 1) Il faut reconnaître la diversité de la population féminine et des identités qui influencent leur expérience de vie: il n'existe pas de catégorie universelle « femme ».
- 2) Il faut développer des méthodes de recherche participatives sur des questions qui préoccupent les femmes et rejoignent leurs besoins; documenter les divers aspects de la vie des femmes qui participent de leur bonne ou mauvaise santé et non pas seulement leur santé reproductive; évaluer l'impact des discriminations ou du sexisme sur la santé des femmes dans leur quotidien; établir des liens, le cas échéant, entre les expériences de santé ou de maladie des femmes et les contraintes économiques, politiques et sociales plus larges auxquelles elles sont confrontées.

#### COMPLÉMENT

### 4.7

#### DES INQUIÉTUDES QUANT À L'AVENIR DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ

Un système public, oui! Mais nous voulons aussi un système différent: non pas axé sur le curatif, comme c'est de plus en plus le cas, mais sur la promotion de la santé et la diminution de la pauvreté, l'accroissement de l'accès à l'éducation et aux services sociaux pour combler les besoins essentiels<sup>323</sup>.

### 4.8 Ouverture aux savoirs alternatifs et marginalisés

L'ouverture aux approches alternatives à la biomédecine et aux savoirs marginalisés<sup>hh</sup> par la science positiviste est une caractéristique importante du mouvement pour la santé des femmes. Les médecines traditionnelles (autochtone, chinoise, ayurvédique, africaines, etc.) et les médecines alternatives et complémentaires<sup>ii</sup> (MAC) adoptent des **approches globales de la santé** qui

hh Mais certains savoirs sont de moins en moins marginalisés comme nous l'avons vu au point 3.4.

ii Aussi appelées *médecines* ou *thérapies douces*, ou *médecines parallèles*. Noter que contrairement à ce que nous proposons, le terme *médecine traditionnelle* est parfois utilisé pour décrire la biomédecine, notamment dans les statistiques gouvernementales. L'expression *médecine non traditionnelle* réfère alors aux MAC.

tiennent compte du vécu des personnes et de leur contexte de vie. Ces approches ont beaucoup à offrir aux femmes, autant pour le traitement de leurs problèmes de santé chroniques que pour les aider à mieux vivre différents passages de leur vie, notamment la grossesse, l'accouchement ou la ménopause.

Selon l'Institut de la statistique du Québec, les MAC sont de plus en plus utilisées<sup>324</sup>. Le Québec est la 4<sup>e</sup> province en importance pour le nombre de consultations, après la Saskatchewan, l'Alberta, et la Colombie-Britannique<sup>325</sup>. Le pourcentage de la population (les personnes de 12 ans et plus) qui recourt à ces approches est passé de 11 % en 2000-2001 à 15 % en 2005. Les femmes sont environ deux fois plus nombreuses que les hommes à y recourir<sup>326</sup>.

Malgré les demandes récurrentes des thérapeutes des MAC, de leurs associations et des organismes et des personnes qui les appuient, les gouvernements successifs ne modifient pas la situation d'illégalité (ou de quasi illégalité) dans laquelle se retrouvent ces praticiennes et praticiens. Les féministes du Québec font aussi partie de ce mouvement en faveur de modifications législatives depuis des dizaines d'années.

Le problème pour ces thérapeutes vient du monopole du diagnostic et du traitement accordé aux médecins, contrôlé et supervisé par le Collège des médecins. Pendant de nombreuses années, le Code de déontologie des médecins leur a interdit de « poser des actes contraires aux données de la science médicale actuelle reconnue<sup>327</sup> », une situation inconfortable pour ceux ou celles parmi ces thérapeutes qui sont médecins. Même si le libellé du Code a été modifié, les mentalités n'ont guère changé. Seule l'acupuncture est légale depuis 1985 et possède un ordre professionnel depuis 1994<sup>328</sup>.

En 1988, le rapport Rochon<sup>329</sup> trace un portrait des MAC au Québec et recommande des modifications au Code des professions pour leur encadrement. Le rapport recommande aussi la révision de la notion de « protection du public » pour qu'elle soit remplacée par celle de « respect des droits, de la dignité, de l'intégrité et de la sécurité de la personne<sup>330</sup> ».

L'année suivante, le *Livre Blanc* (1989) tend à resserrer l'étau sur les MAC. Depuis, les gouvernements successifs ont ignoré les recommandations du rapport Rochon<sup>331</sup>.

Ce que le mouvement pour la santé des femmes demande, c'est la reconnaissance des MAC et leur encadrement, de manière à assurer le respect des droits de toutes les personnes qui consultent et le respect du droit de chacune et chacun de choisir l'approche souhaitée pour prendre soin de sa santé.

#### COMPLÉMENT

## 4.8

### **PLUSIEURS CONSÉQUENCES NÉGATIVES DU MONOPOLE DES MÉDECINS**

Serge Mongeau<sup>332</sup> en voit plusieurs :

- > en freinant les nouvelles idées, il empêche le développement d'alternatives valables;
- > il constitue un frein à la liberté de choisir son ou sa thérapeute et sa voie thérapeutique;
- > les alternatives sont refoulées dans l'illégalité;
- > le monopole des médecins les « empêche de se remettre en question »;
- > l'impact idéologique de la médecine est tel qu'il pervertit notre vision de la santé.



*Conclusion :*

Pour changer de  
paradigme et  
(re)définir la santé

Cet outil d'analyse sur l'approche globale et féministe de la santé est une édition à jour et plus étoffée du premier *Cadre de référence: la santé des femmes au Québec* publié en 1999.

Malgré l'impression répandue que les connaissances médicales actuelles sont le fruit d'une longue et lente progression vers un nombre sans cesse croissant de certitudes ou de données vérifiées, un regard sur l'histoire des sciences et de la médecine prouve qu'il n'en est rien. Les débats ont toujours été véhéments entre partisans et partisans de théories opposées.

La santé ne concerne pas que la médecine. Elle ne se résume pas à une interaction/intervention thérapeutique, elle concerne de multiples autres lieux et rapports sociaux. C'est pourquoi la santé est affaire collective.

Le discours commun veut nous faire croire que plus de soins (plus d'examens, plus de dépistage, plus de médicaments et plus d'interventions médicales) égale plus de santé... Cette approche se révèle très couteuse. Une part de plus en plus grande du budget de l'État est consacrée à la santé, en particulier aux médicaments.

**Selon nous, la santé est affaire de société et non de médecine exclusivement. Elle relève davantage des déterminants sociaux et de la justice sociale.**

Nous voulions que le *Cadre de référence*, édition 2008, soit adapté au contexte de la globalisation néolibérale actuelle. Nous l'avons conçu comme un outil pédagogique, pour faciliter l'appropriation de l'approche globale, par l'acquisition graduelle des connaissances pertinentes. Les personnes non initiées aux problématiques du féminisme, de la santé des femmes et des différentes approches en matière de santé peuvent y trouver des explications et des définitions préalables à une bonne compréhension de plusieurs enjeux pour le mouvement pour la santé des femmes.

L'objet ultime du document concerne l'approche globale de la santé, telle que portée par le mouvement pour la santé des femmes, solidaire du grand courant féministe. Selon nous, cette approche demeure peu ou mal connue, notamment

parce qu'elle diverge complètement du paradigme dominant. Pourtant, l'approche globale est une voie choisie par des sociétés entières depuis des siècles et explorée par un nombre croissant de personnes déçues des excès de la médecine axée sur la technologie, véritable industrie mue par l'appât du profit et non par le souci de la santé.

L'approche globale et féministe de la santé vise l'amélioration de la santé des femmes, et précisons-le: promouvoir la santé des femmes ne veut pas dire reléguer au second plan celle des hommes. Les faits sont là: les sociétés qui brutalisent les femmes et limitent leurs libertés se portent mal. Les femmes y sont malades, les hommes aussi. L'égalité entre les hommes et les femmes est reconnue officiellement comme l'un des principaux enjeux politiques dans le monde. Selon nous, une perspective de la santé autant féministe que globale vise d'abord et avant tout une plus grande justice sociale et le respect des droits de toutes et de tous.

C'est pourquoi nous pensons qu'il serait stratégique de travailler à rallier des hommes à l'approche féministe. Nous devons sortir du cadre de nos luttes spécifiques, élargir notre vision de la santé et inclure les autres enjeux sociaux dans notre action.

Nous l'avons vu, l'idée que chacune, chacun est responsable de son sort sous-tend l'idéologie néolibérale méritocratique. Les différences et les inégalités constatées dans la condition des personnes s'expliquent dès lors par leur compétence ou leur incompétence, leur adaptation ou leur inadaptation culturelle, et même, par extension, par leur nature particulière, leur essence. Ce point de vue masque l'existence de rapports de pouvoir qui produisent les inégalités sociales.

**L'idéologie néolibérale veut nous faire croire qu'il n'existe pas d'alternative au système actuel.** Croyant au caractère inéluctable de la globalisation, nous avons tendance à baisser les bras. Pourtant, des espaces de liberté créatrice sont possibles. Nous pouvons réagir à la privatisation des services, à la surprescription de médicaments coûteux, à la médicalisation de la santé et à la déréglementation tous azimuts.

Il est toujours temps :

- › de comprendre les besoins des populations, des femmes;
- › d'agir de manière préventive sur les déterminants de la santé et sur les causes véritables de la maladie plutôt que de « sur-responsabiliser » les personnes;
- › d'agir sur les inégalités et les iniquités de santé. Pour cela, il faudrait, comme société, changer radicalement nos valeurs, non pas celles que nous prétendons avoir, mais celles que nous mettons en pratique, comme l'a précisé Monique Bégin, membre du Comité des déterminants sociaux de l'OMS lors d'un séminaire à l'Université de Montréal en décembre 2007;
- › d'agir pour le droit à la santé et ce qui en découle: droit à un environnement sain, droit à des services accessibles et publics (responsabilité des pouvoirs publics), droit de contrer la médicalisation de la santé des femmes et la chosification du corps (image corporelle, industrie du vivant), droit à l'information (responsabilité des pouvoirs publics) pour des choix et des consentements éclairés;
- › de changer nos habitudes de consommation qui, souvent, vont au-delà de nos besoins.

Et surtout, nous devons systématiquement exiger des États qu'ils n'abdiquent pas leurs responsabilités: ils doivent faire de la promotion de la santé une priorité, édicter des lois et des règlements, et développer des politiques qui visent la réduction des inégalités sociales.

**Chacune, chacun, dans nos milieux de vie, nous possédons beaucoup plus de pouvoir que nous ne le croyons: nous avons le privilège d'avoir le droit de nous exprimer. Nous pouvons participer à la mobilisation pour obtenir un système de santé et une société qui nous ressemblent.**

*ANNEXE :*

L'approche féministe  
de la santé

Extraits du *Cadre de référence. La santé des femmes au Québec*, RQASF, 1999, p. 13-14.

L'approche féministe en santé des femmes diffère du discours dominant sur plusieurs plans: l'analyse des problèmes de santé, l'information produite et partagée, l'approche thérapeutique, l'importance accordée à la prévention, la relation thérapeutique, le processus décisionnel et les solutions envisagées face aux problèmes de santé. Le lien entre la santé, les rapports sociaux et les conditions de vie permet d'évaluer avec justesse les problèmes de santé des femmes. L'analyse féministe considère la marginalisation des femmes comme un des déterminants majeurs de leur santé.

Le discours dominant :

- entretient une vision stéréotypée des femmes qui ne laisse pas de place à la différence, qu'elle soit reliée à l'identité sexuelle ou à la culture;
- évalue les problèmes à partir d'une grille sexiste où le normal est masculin;
- traite la maladie par une approche curative souvent déshumanisante, discriminatoire, sexiste et infantilisante;
- s'occupe des maladies au lieu de prévention ou de promotion de la santé, sauf pour les clientèles dites à risque;
- fait de la personne un ou une bénéficiaire pris en charge par un système qui crée et encourage la dépendance;
- apporte surtout des solutions pharmacologiques et biotechnologiques plutôt que de changer les modes de vie ou d'agir sur les déterminants de la santé;
- se sert de l'objectif de la santé pour contrôler les comportements;
- supporte des choix de services qui ont des impacts sur la société et qui n'ont pas fait l'objet de débats publics.

### L'approche féministe :

- dénonce les mythes et les stéréotypes, qu'ils soient fondés sur le sexe, l'appartenance culturelle, l'orientation sexuelle ou le statut social;
- évalue les problèmes en considérant la spécificité du genre;
- affirme comme à priori que la femme est experte de son corps, de ses sensations, de ses émotions et de son histoire de vie;
- propose des services spécifiques pour les femmes et réclame des soins adaptés à leurs besoins et à leur réalité;
- mise sur la prévention et la qualité de vie pour assurer et restaurer la santé des femmes;
- tient compte de toute la personne et non seulement du problème exposé;
- informe pour aider au choix thérapeutique plutôt que de l'imposer;
- se base sur la promotion et la préservation de la santé, sur l'autosanté et sur une attitude ouverte et accueillante des processus normaux de la vie des femmes;
- affirme l'importance d'échapper aux modèles pour trouver sa propre identité et ses propres solutions;
- invite les femmes à regagner leur dignité et leur confiance en soi, à reconquérir leur pouvoir personnel et à favoriser la quête de l'autonomie;
- réclame que les femmes soient associées aux décisions qui concernent leur vie;
- promeut la compréhension plutôt que la peur, le soutien plutôt que l'isolement, l'expression des besoins plutôt que la dépendance.

## Sources documentaires

### Chapitre I

- 1 BOURDIEU, P., *La domination masculine*, Paris, Seuil, 1998; *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil, 1994; *Le sens pratique*, Paris, Éd. de Minuit, 1980.
- 2 GÉLINAS, J. B., *Dictionnaire critique de la globalisation. Les mots du pouvoir, le pouvoir des mots*, Montréal, Écosociété, 2008, p. 120.
- 3 *Id.*, p. 193.
- 4 Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW), *Convention sur l'élimination sur toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*. <http://www.un.org/womenwatch/>
- 5 OCKRENT, C. (dir.), *Le livre noir de la condition des femmes*, Paris, XO Éditions, 2006.
- 6 BESSIS, S., « Les droits civils des femmes en Afrique subsaharienne et dans le monde arabe », dans C. Ockrent, 2006 (voir note 5), p. 272.
- 7 BENNOUNE, K., « The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights as a Tool for Combating Discrimination Against Women: General Observations and a Case Study on Algeria », *International Social Science Journal*, 57(184), 2005, p. 351-369.
- 8 SANÉ, P., « Indivisibles droits humains », *Le Monde diplomatique*, Mai 1998, p. 32.
- 9 COALITION FÉMINISTE POUR UNE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (CF), *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes*, Montréal, La Coalition, 1998, p. 41.
- 10 ARSENEAU, M.-N. et E. SAINT-PIERRE, « Masculinisme ou comment faire reculer les femmes », *À Bâbord!* (13), 2006, p. 8-9; Pascal, C., « Aperçu de l'argumentaire et des enjeux du discours masculiniste », *À Bâbord!* (8), 2005, p. 9.

- 11 OKRENT, 2006 (voir note 5).
- 12 GÉLINAS, 2008 (voir note 2), p. 166.
- 13 INTERSYNDICALE DES FEMMES, *L'autonomie économique des femmes: une force collective*, Montréal, Intersyndicale, 2008. Dépliant.
- 14 HIRIGOYEN, M.-F., *Les nouvelles solitudes*, Paris, La Découverte, 2007, p. 54.
- 15 *Ibid.*, p. 53.
- 16 *Ibid.*, p. 55.
- 17 *Ibid.*, p. 57.
- 18 CHESLER, E., « Les femmes et la politique de G. W. Bush », dans C. Ockrent, 2006 (voir note 5), p. 422-440.
- 19 Voir le dossier « L'avortement un droit menacé », *À Bâbord!*, n° 25 (été 2008).
- 20 GÉLINAS, 2008 (voir note 2); LAIMÉ, M., 2008, « La marchandisation de l'eau s'accélère ». *Le Monde diplomatique*. <http://www.monde-diplomatique.fr/>
- 21 GÉLINAS, J. B., *Le virage à droite des élites politiques québécoise*, Montréal, Écosociété, 1995, p. 21-73.
- 22 *Id.*, p. 33.
- 23 *Id.*, p. 36.
- 24 *Id.*, p. 57-58.
- 25 LABRECQUE, M.-F., « L'État international, le genre et la santé: le Sud comme laboratoire de notre futur », dans F. SAILLANT et M. BOULIANNE (dir.), *Transformations sociales, genre et santé: perspectives critiques et comparatives*. Québec; Paris, Les Presses de l'Université Laval, L'Harmattan, 2003, p. 21-38.
- 26 GEORGE, S., *L'effet boomerang. Choc en retour de la dette du tiers monde*, Paris, La Découverte, 1992.

- 27 GALABUZI, G.-E., *Canada's Creeping Economic Apartheid: The Economic Segregation and Social Marginalisation of Racialised Groups*, Toronto: CSJ Foundation for Research and Education, 2001; KOUAMY, A., « L'esclavage moderne : les aides familiales résidentes victimes de nombreux abus », *Le Bulletin de la Ligue des droits et libertés*, Automne 2007, p. 27-28.
- 28 ATTAC, *Quand les femmes se heurtent à la mondialisation*, Paris : Mille et une nuits, 2003; DOYAL, L., « Gender Equity in Health: Debates and Dilemmas », *Social Science and Medicine*, 55 (6), 2004, p. 931-939; PAMPALON, R., HAMEL, D. et GAMACHE, P., *Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec?*, Québec, INSPQ, 2008.
- 29 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Prévenir la maladie grâce à un environnement sain : Une estimation de la charge de morbidité imputable à l'environnement*, Genève, OMS, 2007.
- 30 DOYAL, 2004 (voir note 28), p. 19; *Colloque Les 10 ans de l'ALÉNA: Bilan social et perspectives* (17, 18 et 19 septembre 2004), Université du Québec à Montréal (UQAM).
- 31 LATOUCHE, S., *Survivre au développement. De la décolonisation de l'imaginaire économique à la construction d'une société alternative*, Paris, Mille et une nuits, 2004, p. 28-29.
- 32 FONDS MONÉTAIRE INTERNATIONAL (FMI), *Perspectives de l'économie mondiale 2007*, New York, FMI, 2008, p. 10-11.
- 33 GÉLINAS, 2008 (voir note 2), p. 162; PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT (PNUD), *Rapport mondial sur le développement humain 2005*, New York, PNUD. <http://www.tanmia.ma/>
- 34 MCALL, C. « Au cœur des inégalités sociales et de santé: l'exclusion et l'inclusion comme rapports », dans GAGNON, E., Y. PELCHAT et R. PELCHAT (dir.), *Responsabilité, justice et exclusion sociale: quelle système de santé pour quelles finalités?*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2008.

- 35 OPPENHEIMER, A., «Tourisme médical. Vos patients sont les bienvenus», *Courrier International*, (900), 2008; SEMUELSUNE, A., «Une hanche avec visite du Taj Mahal en prime», *Courrier International*, (900) 2008, p. 40.
- 36 GÉLINAS, 2008 (voir note 2), p. 19.
- 37 SÉGUIN, M., «Un an après Pour un Québec lucide, 'on ne travaille pas assez' », *Journal de Montréal, Réseau Canoë*, 7 octobre 2006.  
http://www2.canoe.com/infos/dossiers/archives/
- 38 DOSTALER, G., «Du libéralisme au néolibéralisme», dans Paquerot, S., *L'État aux orties. Mondialisation de l'économie et rôle de l'État*, Montréal, Écosociété, 1996, p. 49.
- 39 FRONT COMMUN DES PERSONNES ASSISTÉES SOCIALES DU QUÉBEC (FCPASQ), mémoires et communiqués : <http://www.fcpsq.qc.ca/>
- 40 GALBRAITH, J. K., *La république des satisfaits. La culture du contentement aux États-Unis*, Paris, Seuil, 1993.
- 41 DOSTALER, 1996 (voir note 38), p. 42.
- 42 *Ibid.*
- 43 GÉLINAS, 2008 (voir note 2), p. 160.
- 44 *Ibid.*, p. 158.
- 45 PELCHAT, M., «L'institut économique de Montréal : un organisme charitable?» *À Bâbord!* (21) 2007, p. 22.
- 46 BRETON, G., «La rhétorique comme méthodologie». *À Bâbord!* (21) 2007, p. 27-29.
- 47 BOURDIEU, P. et L. WACQUANT, «Sur les ruses de la raison impérialiste», *Les actes de la recherche en sciences sociales*, n° 121-122, 1998, p. 110.
- 48 GÉLINAS, 2008 (voir note 2), p. 132-133.
- 49 *Ibid.*, p. 245-249.

- 50 GUILLAUMIN, C., *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature*, Paris, Côté-femmes, 1992, p. 207.
- 51 DÉTREZ, C. et A. SIMON, *À leur corps défendant : les femmes à l'épreuve du nouvel ordre moral*, Paris, Seuil, 2006, p. 16-17.
- 52 GUILLAUMIN, 1992 (voir note 50); GUILLAUMIN, C., *L'idéologie raciste*, Paris, Mouton, 1972.
- 53 ONFRAY, M., *Traité d'athéologie*, Paris, Grasset, 2005; VALLET, S., « La femme et les religions », dans OCKRENT, 2006 (voir note 5), p. 441.
- 54 BALIBAR, E., « Racisme et nationalisme », dans BALIBAR, E. et I. WALLERSTEIN (dir.), *Race nation classe, les identités ambiguës*, Paris, La Découverte, 1988, p. 71. (Les italiques sont de l'auteur.)
- 55 RQASF, *Pour le dire... rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*, Montréal, RQASF, 2003, p. 21.
- 56 BÉDARD, S. et G. COUTURE-TREMBLAY, « Constructivisme et identité sexuelle : pour une analyse féministe de la pluralité des inégalités de genre », *FéminÉtudes*, 11(1) 2006, p. 5-14.
- 57 MATHIEU, N.-C., « Sexe et genre », dans Hirata, H. et autres (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris, Presses universitaires de France, 2000, p. 191-200.
- 58 TOUPIN, L., *Les courants de pensée féministe*, Montréal, Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine (CDEACF), 1999. [http://bv.cdeacf.ca/CF\\_HTML/84258.htm](http://bv.cdeacf.ca/CF_HTML/84258.htm)
- 59 DESCARRIES, F., *Le projet féministe à l'aube de XXI<sup>e</sup> siècle : un projet de libération et de solidarité qui fait toujours sens*, UQAC/Cegep de Chicoutimi, 1998.  
[http://classiques.uqac.ca/contemporains/descarries\\_francine/projet\\_feministe/projet\\_feministe\\_intro.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/descarries_francine/projet_feministe/projet_feministe_intro.html)

60 TOUPIN, 1999 (voir note 58).

61 NENGEH MENSAH, M. « Une troisième vague féministe au Québec », dans NENGEH MENSAH, 2005 (voir note 62), p. 12.

62 JEAN, R., « Prostitution : Les limites du consentement », *Médiane*, 2(1) 2007, p. 57.

63 DESCARRIES, 1998 (voir note 59); TOUPIN, 1999 (voir note 58).

64 LAMOUREUX, D., « La réflexion queer : apports et limites », dans NENGEH MENSAH, M. (dir.), *Dialogues sur la troisième vague féministe*, Montréal, Remue-Ménage, 2005, p. 91.

65 *Id.*, p. 92.

66 DELPHY, C., « Patriarcat (théories du) », dans HIRATA, H. et autres, 2000 (voir note 57), p. 141.

## Chapitre II

67 KUHN, T. S., *The Structure of Scientific Revolutions*, 3<sup>rd</sup> ed., Chicago, University of Chicago Press, 1996.

68 DAMIANI, C., *La médecine douce. Une analyse de pratiques « holistes » en santé*, Montréal, Saint-Martin, 1995, p. 45, note 1.

69 *Ibid.*

70 *Ibid.*

71 VUILLE, M. et autres, « La santé est politique », *Nouvelles Questions Féministes*, 25(2) 2006, p. 5.

72 LAYAT, C., « La prise en charge de patients requérants d'asile en médecine ambulatoire : une question d'approche thérapeutique », *ARIC Bulletin*, (41) 2005, p. 32.

- 73 WITZ, A., *Professions and Patriarchy*, New York, Routledge, 1992; SAILLANT, F., « Le mouvement pour la santé des femmes », dans DUFRESNE, J., F. DUMONT et Y. MARTIN (dir.), *Traité d'anthropologie médicale : l'institution de la santé et de la maladie*, Sillery, Presses de l'Université du Québec : Institut québécois de la recherche sur la culture (IQRC)/Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1985, p. 743-762.
- 74 WITZ, 1992 (voir note 73), p. 82.
- 75 *Ibid.*, p. 83-85.
- 76 JORDAN, B., « Authoritative Knowledge and its Construction », in Davis-Floyd, R. E. et C. F. SARGENT (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, Berkeley, Los Angeles ; London: University of California Press, 1997, p. 57, p. 75 note 1; MORGEN, S., *Into our Own Hands: The Women's Health Movement in the United States, 1969-1990*, New Jersey, Rutgers University Press, 2002, p. 122.
- 77 DAMIANI, 1995 (voir note 68), p. 101.
- 78 SAILLANT, F., « Le mouvement des femmes, la transformation des systèmes de santé et l'enjeu des savoirs », p. 268, dans SAILLANT et BOULIANNE, 2003 (voir note 25), p. 263-279.
- 79 *Ibid.*, p. 103.
- 80 DEMERS, L., « La profession médicale et l'État », dans LEMIEUX, V. et autres (dir.), *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2003, p. 268.
- 81 DAMIANI, 1995 (voir note 68), p. 103.
- 82 L.R.Q., c, M-9, a. 31.
- 83 MONGEAU, S., *Pour une nouvelle médecine*, Montréal, Québec-Amérique, 1986, p. 26.

- 84 DESBROSSES, P., « Préface », dans Simon, S. (dir.), *La nouvelle dictature médico-scientifique*, Saint-Jean-de-Braye, Dangles, 2006, p. 11-13.
- 85 YUSUF, S. et S. ANAND, « Hormone Replacement Therapy: A Time for a Pause », *Journal de l'Association médicale canadienne (CMAJ)*, 167 (4), 20 août 2002, p. 357-359.
- 86 SCHMITT, É.-E., *Le visiteur* (pièce de théâtre), Paris, Actes-Sud (Papiers), 1994, p. 39.
- 87 MONGEAU, 1986 (voir note 83), p. 11; AÏACH, P. et D. FASSIN, « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *Revue du praticien*, 54, 2004, p. 2224.
- 88 DAMIANI, 1995 (voir note 68), p. 49.
- 89 MARZANO, M., « Le statut contemporain du corps : être ou avoir? », *Médiane*, 2(1) 2007, p. 34-35.
- 90 RQASF, *Audacieuse, le défi d'être soi* (disponible sur le site Web du RQASF); RQASF, *Le marché de la beauté... Un enjeu de santé publique. Actes du colloque (23 et 24 novembre 2006)*, Montréal, RQASF, 2007; KAW, E., « Medicalization of Racial Features: Asian American Women and Cosmetic Surgery », *Medical Anthropology Quarterly*, 7(1), 1993, p. 74-89.
- 91 JORDAN, 1997 (voir note 76).
- 92 SERVAN-SCHREIBER, D., *Guérir le stress, l'anxiété, et la dépression sans médicaments*, Paris, Laffont, 2003, p. 243.
- 93 DEMERS, 2003 (voir note 79), p. 262.
- 94 SERENI, C. et D. SERENI, *On ne soigne pas les femmes comme les hommes*, Paris, Odile Jacob, 2002, p. 20.
- 95 RQASF, 2003 (voir note 55); STEVENS, P. E. et J. M. HALL, « A Critical Historical Analysis of the Medical Construction of Lesbianism », *International Journal of Health Services*, N<sup>o</sup>. 21 (1991), p. 291-308.

- 96 PETERS, Y. et L. LAWSON, *The Ethical and Human Rights Implications of Prenatal Technologies: The Need for Federal Leadership and Regulation*, Winnipeg, Prairie Women's Health Centre of Excellence, 2002.
- 97 VUILLE et autres, 2006 (voir note 71), p. 5.
- 98 GUILLAUMIN, 1992 (voir note 50).
- 99 DÉTREZ et SIMON, 2006 (voir note 51), p. 195; KRIEGER, N. et E. FEE, « Man Made Medicine and Women's Health: The Biopolitics of Sex/Gender and Race/Ethnicity », *International Journal of Health Services*, 24(2) 1994, p. 265-283.
- 100 MEMBRADO, M., « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation », *Nouvelles questions féministes*, 25 (2), 2006, p. 17-18.
- 101 *Ibid.*
- 102 KRIEGER and FEE, 1994 (voir note 99).
- 103 *Ibid.*
- 104 VUILLE et autres, 2006 (voir note 71), p. 12.
- 105 *Ibid.*, p. 10.
- 106 BROWER, V., « Sex Matters in Sickness and in Health, Men and Women are Clearly Different », *European Molecular Biology Organization Reports*, 3(10) 2002, p. 921.
- 107 MOREAU, N. et F. VINIT, « Empreintes de corps : éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation », *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 2007p. 37.
- 108 MEMBRADO, 2006 (voir note 100).
- 109 MARTIN, E., « The Egg and the Sperm: How Science has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles », in SARGENT, C. F. and C. B. BRETTELL (eds.) *Gender and Health: An International Perspective*, Upper

- Saddle River (New Jersey), Prentice-Hall, 1996, p. 35-36. Voir aussi Détrez et Simon, 2006 (voir note 51), p. 195.
- 110 MEMBRADO, 2006 (voir note 100), p. 16-31; SERENI, C. et SERENI, 2002 (voir note 94).
- 111 MOREAU et VINIT, 2006 (voir note 107), p. 39.
- 112 COUTINHO, E., *Is Menstruation Obsolete? How Suppressing Menstruation can Help Women who Suffer from Anemia, Eendometriosis, or PMS*, New York, Oxford University Press, 1999.
- 113 SAINT-ONGE, J. C., *Les dérives de l'industrie de la santé: Petit abécédaire*, Montréal, Écosociété, 2006, p. 187.
- 114 BESSAÏH, N., « Le corps des femmes sous contrôle médical », *À Bâbord!* (12) 2005, p. 7.
- 115 HAHN, R. A., « Divisions of Labor: Obstetrician, Women, and Society in Williams Obstetrics, 1903-1985 », *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, (1)3, 1987, p. 256-282; BROWNER, C. et C. SARGENT, « Donner un genre à l'anthropologie médicale », p. 60-361, dans SAILLANT, F., et S. GENEST (dir.), *Anthropologie médicale, ancrages locaux, défis globaux*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2005, p. 357-381.
- 116 LIPPMAN, A., « Doit-on étendre le diagnostic prénatal? », *L'Observatoire de la génétique*, 2 (avril 2002). <http://www.ircm.qc.ca/bioethique/obsgetique/>
- 117 *Ibid.*
- 118 HURLIMANN, T., « Programme ministériel d'offre de dépistage de la trisomie 21 au Québec: quels enjeux? », *L'Observatoire de la génétique*, 35, 2008. <http://www.ircm.qc.ca/bioethique/obsgetique/>
- 119 PETERS et LAWSON, 2002 (voir note 96).
- 120 HAHN, 1987 (voir note 115); WAGNER, M., « Midwifery in the Industrialized World », *Journal SOGQ*, (Nov. 1998.)

- 121 CONRAD, P., « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, 18, 1992, p. 226; Klein, M. C., « Quick Fix Culture: The Cesarean-Section-on-Demand Debate », *Birth*, 31 (September 3, 2004), p. 161-164.
- 122 COALITION FOR IMPROVING MATERNITY SERVICES (CIMS), « Advancing Normal Birth », *Supplement: The Journal of Perinatal Education*, 16(1) 2007, p. 99.
- 123 LACOURSIÈRE, A., « La péridurale gagne en popularité », *Cyberpresse.ca*. 7 avril 2008. <http://www.cyberpresse.ca/article/>
- 124 Lacoursière, A., « Le taux de césariennes ne cesse d'augmenter », *Cyberpresse.ca*. 7 avril 2008. <http://www.cyberpresse.ca/article/>
- 125 DELANOË, D., « La médicalisation de la ménopause », dans AIACH, P. et D. DELANOË, *L'ère de la médicalisation : Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos, 1998, p. 211-251; LOWY, I. et J. P. GAUDILLIÈRE, « Médicalisation de la ménopause, mouvement pour la santé des femmes et controverses sur les thérapies hormonales », *Nouvelles questions féministes*, 25 (2) 2006, p. 48-65.
- 126 SAINT-ONGE, J. C., *L'envers de la pilule : les dessous de l'industrie pharmaceutique*, Montréal, Écosociété, 2004, p. 151; RQASF, « L'ostéoporose : comment la prévenir? », dans *Notre soupe aux cailloux : une œuvre collective pour la santé des femmes au milieu de la vie*, Montréal, RQASF, 2004, Chapitre 3.4.1, p.1. <http://rqasf.qc.ca/>
- 127 CONRAD, 1992 (voir note 121); DRULHE, M. et S. CLÉMENT, 1998, « Enjeux et formes de la médicalisation : d'une approche globale au cas de la gérontologie », dans AïACH et DELANOË, 1998 (voir note 125), p.70; FASSIN, D., « Les politiques de la médicalisation », dans AïACH et DELANOË, 1998 (voir note 125), p. 10.
- 128 MONGEAU, 1986 (voir note 83), p. 39.
- 129 CONRAD, 1992 (voir note 121), p. 223.
- 130 RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RQASF), *Cadre de référence : la santé des femmes au Québec*, Montréal, RQASF, 1999, p. 13.

- 131 MONGEAU, 1986 (voir note 83), p. 45.
- 132 VUILLE et autres, 2006 (voir note 71), p. 12.
- 133 SERVAN-SCHREIBER, 2003 (note 92).
- 134 SAINT-ONGE, 2004 (voir note 126), p. 153-155.
- 135 BESSAÏH, N., « La médicalisation de la sexualité », *À Bâbord!*, (15) 2006, p. 8.
- 136 RQASF, 2004 (note 126), « La médicalisation croissante », Chapitre 3.1.2, p. 7-8.
- 137 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Dépistage du cancer du col utérin au Canada : Rapport de surveillance 1998*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 1998.
- 138 SAINT-ONGE, 2006 (voir note 113), p.18.
- 139 PARENT, N., « Mise en garde : la vaccination contre le VPH », *À Bâbord!* (22) 2008, p. 8.
- 140 BEVINGTON, C., « *Researcher Blasts HPV Marketing* » Fwdailynews.com, [En ligne], 2008. <http://www.kpcnews.com/>
- 141 FASSIN, D., *Faire de la santé publique*, Rennes, École nationale de santé publique (ENSP), 2005.
- 142 BATT, S., *À bout de patience : les enjeux de la lutte au cancer du sein*, Montréal, Remue-Ménage, 1998; WELCH, G., *Dois-je me faire tester pour le cancer? Peut-être pas et voici pourquoi*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2005.
- 143 GOTZCHE, P. C. et M. NIELSE, « Screening for Breast Cancer with Mammography », *Cochrane Review*, 2006. <http://www.cochrane.org/>; GREEN, B. B. and S. H. TAPLIN, « Breast Cancer Screening Controversies », *Journal of American Board of Family Practice*, 16 (2003), p. 233-241; OLSEN, O. and P. C. GOTZCHE, « Cochrane Review on Screening for Breast Cancer with Mammography », *Lancet*, 358 (2001), p. 1340-1342.

- 144 CHERNOMAS, R. and L. Donner, *The Cancer Epidemic as a Social Event*, Winnipeg, Canadian Center for Policy Alternative, 2004, p.10.
- 145 CONRAD, P., « The Shifting of Medicalization », *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1) 2005, p. 3-14.
- 146 FRANCCŒUR, Louis-Gilles, « La science atteinte du syndrome du déni », *Le Devoir*, 23 octobre 2007. <http://www.ledevoir.com>
- 147 BANQUE MONDIALE, *Rapport sur le développement dans le monde 1997. L'État dans un monde de mutation*, Washington D.C., Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale, 1997.
- 148 CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (CSQ), *Pour dire non au libre-échange en santé et services sociaux*, Montréal, CSQ, 2002.
- 149 PAUMIER, M. et M. RICHARDSON, « Le mouvement pour la démedicalisation de la naissance et de l'accouchement en France et au Québec », dans SAILLANT et BOULIANNE, 2003 (voir note 25), p. 256.
- 150 BONNEVILLE, L. et J. G. Lacroix, « Une médication intensive des soins au Québec (1975 à 2005) », *Recherches sociographiques*, XLVII(2), 2006, p. 321-334.
- 151 *Ibid.*, p. 325-327.
- 152 *Ibid.*, p. 328-329.
- 153 GEYMAN, J. P., « The Corporate Transformation of Medicine and its Impact on Costs Access to Care », *Journal of the American Board of Family Medicine*, (16)5 2003, p. 443-454.
- 154 LAMARCHE, P. et autres, « La cohabitation public-privé: les leçons à titre des expériences étrangères », *Département d'Administration de la santé, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)*, Université de Montréal, Montréal, 2006. <http://www.santepop.qc.ca/>; RQASF, *Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Répondre aux besoins*

*de soutien social des participantes : un défi pour le personnel*, Montréal, RQASF, 2007.

155 LAMARCHE, P. et autres, 2006 (voir note 156); RACHLIS, M. M., *Public Solutions to Health Care Wait Lists*, Ottawa, Canadian Centre for Policy Alternatives (CCPA), 2005. <http://www.policyalternatives.ca/>

156 BRETON, G., *Tout doit disparaître. Partenariats public-privé et liquidation des services publics*, Montréal, Lux Éditeur; MEHRA, N., *Flawed, Failed, Abandoned.. 100 P3s. Canadian & International Evidence*, Toronto: Ontario Health Coalition, 2005. <http://www.web.ca/ohc/>

157 SAINT-ONGE, 2006 (voir note 113), « Québec dore la pilule aux fabricants de produits brevetés : Pour une politique du médicament au service du public », p. 138-142.

158 SAILLANT, 1985 (voir note 73), p. 268.

159 LEE, M., *How Sustainable is Medicare? A Closer Look at Aging, Technology and Other Cost Drivers in Canada's Health Care System*, Ottawa, Canadian Center for Policy Alternatives, 2007; GUBERMAN, N., « L'analyse différenciée selon les sexes et les politiques québécoises pour les personnes âgées en perte d'autonomie », *Lien Social et Politiques*, RIAC, (47), 2002, p. 167, note 3.

160 HÉBERT, R., « La santé en 2010 », *Le Bogue de 2010?*, Montréal, Association québécoise de gérontologie, 1999, cité par GUBERMAN, 2002 (voir note 150), p. 167, note 3.

161 Voir aussi SAINT-ONGE, 2004 (voir note 126).

### Chapitre III

162 PELLETIER, K., *La médecine holistique : médecine totale de stress au bonheur de vivre*, Monaco, Éditions du Rocher, 1982, p. 23.

163 FASSIN, D., « Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et sociétés*, 24(1), 2000, p. 104.

164 *Ibid.*

165 FASSIN, D., *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala, 2000, p. 10.

166 FASSIN, D., « Le politique. Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie », dans SAILLANT et GENEST, 2005 (voir note 115), p. 384.

167 McALL, 2008 (voir note 34). (Les caractères gras sont de nous.)

168 Organisation mondiale de la santé (OMS), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, OMS, 2002.

169 McALL, C. et autres, *Se libérer du regard : agir sur la pauvreté au centre-ville de Montréal*, Montréal, Saint-Martin, 2001.

170 AiACH et FASSIN, 2004 (voir note 87), p. 2226.

171 LIGUE DES DROITS ET LIBERTÉS, *Rapport social*, Montréal, Ligue des droits et libertés, (Mars 2006). <http://www.liguedesdroits.ca/>

172 NATIONS UNIES, *Observation générale n° 14*, Doc. N.U., E/C. 12/2004/4, 2000.

173 RAEURN, J. et I. ROOTMAN, « Le concept de santé : une nouvelle proposition », dans O'Neill, M. et autres (dir.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec*, perspectives critiques, Québec, Presses de l'Université Laval, 2006, p. 24-41.

174 ROOTMAN, I. et al., « A Framework for Health Promotion Evaluation », in ROOTMAN, I. et al. (eds), *Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives*. Copenhagen, World Health Organization ( WHO) Regional Publications. (European Series; 92, 2001), p. 7-38.

175 UNION INTERNATIONALE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (UIPES) : <http://www.iuhpe.org/>

176 O'NEILL, « La promotion de la santé au Canada et à l'étranger : bilan et perspectives », dans O'NEILL et autres, 2006 (voir note 173), p.3-21.

- 177 LALONDE, M., *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa : Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1974, p. 31.
- 178 O'NEILL et autres, 2006 (voir note 173), p. 4.
- 179 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 1986. <http://www.euro.who.int/>
- 180 CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (CSQ), *Pour dire non au libre-échange en santé et services sociaux*, Montréal, CSQ, 2002.
- 181 RAEBURN et ROOTMAN, 2006 (voir note 173), p. 29.
- 182 LABONTÉ, R., « Promouvoir la santé à l'heure de la mondialisation : le plus grand de tous les défis? », p. 299, dans O'NEILL et autres, 2006 (voir note 173).
- 183 McALL, 2008 (voir note 34), p. 14.
- 184 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), « Contribution de l'OMS à la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée. Santé et absence de discrimination », *Santé et Droits Humains*, 2 août 2001, p. 6.
- 185 PALMORE, 1969 cité dans PELLETIER, 1982 (voir note 162), p. 44.
- 186 LALONDE, 1974 (voir note 177).
- 187 RAEBURN et ROOTMAN, 2006 (voir note 173), p. 36.
- 188 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*, 2005. <http://www.who.int/healthpromotion/>
- 189 SAINT-PIERRE, L., et L. RICHARD, « Le sous-système de santé publique québécois et la promotion de la santé entre 1994 et 2006 : progrès certains, ambiguïtés persistantes », dans O'NEILL et autres, 2006 (voir note 173), p.186.
- 190 ROOTMAN et autres, 2001 (voir note 174).

- 191 BRUNDTLAND, G. H., *Notre avenir à tous. Rapport de la Commission mondiale sur l'environnement et le développement de l'ONU*, Paris, Lambda (Adéquations) 1987. <http://fr.wikisource.org/>
- 192 BRELET, Claudine, *Médecines du monde, histoire et pratiques des médecines traditionnelles*, Paris, Robert Laffont, 2002, p. XXIX.
- 193 PRÜSS-ÜSTÜN, A. et C. CORVALÁN, *Prévenir la maladie grâce à un environnement sain : une estimation de la charge de morbidité imputable à l'environnement : résumé*, Genève, OMS, 2007.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9242594201\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9242594201_fre.pdf)
- 194 UNION INTERNATIONALE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (UIPES), *La 19<sup>e</sup> Conférence mondiale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé de l'UIPES*, Vancouver, UIPES, 2007.
- 195 O'NEILL, M. et L. CARDINAL, « Les ambiguïtés québécoises dans le domaine de la promotion de la santé », *Recherches sociographiques*, XXXIX(9), 1998, p. 22.
- 196 *Ibid.*, p. 27.
- 197 INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA (IRSC), *L'avenir de la santé publique au Canada. Édifier un système de santé publique pour le 21<sup>e</sup> siècle*, Ottawa, IRSC, 2003.
- 198 BERNIER, N. F., « La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé : vers un management techno-scientifique de l'État providence québécois? », *Lien social et politiques –RIAC*, (55) 2006, p. 15-16.
- 199 *Ibid.*, p. 17.
- 200 SAINT-PIERRE et RICHARD, 2006 (voir note 189), p. 188.
- 201 *Ibid.*, p. 195.
- 202 *Ibid.*, p. 197.

- 203 RIDDE, V., « Agir contre les inégalités sociales de la santé : tentative d'explications de l'immobilisme des autorités de la santé publique québécoise », *Canadian Journal of Public Health*, 95(4) 2004, p. 224.
- 204 Citons quelques ouvrages fondateurs : DUBOS, R., *Mirage of Health: Utopias, Progress, and Biological Change*, 1959 (en français, *Mirage de la santé*, Paris, Denoël, 1961); PELLETIER, K. R., *Holistic Medicine: From Stress to Optimum Health*, New York: Delacorte, 1981 (en français, *La médecine holistique, médecine totale : du stress au bonheur de vivre*, voir note 175); WILLIAMS, R. J., *Nutrition Against Disease: Environmental Prevention*, Pitman, 1971.
- 205 SAILLANT, F., N. ROUSSEAU et M. LAVERGNE, « Notes pour une définition des pratiques alternatives et des thérapies douces au Québec », *Santé mentale au Québec*, XII(1), 1987, p. 21.
- 206 *Ibid.*, p. 22.
- 207 SERVAN-SCHREIBER, 2003 (voir note 92), p. 13-24.
- 208 DAMIANI, 1995 (voir note 68), p. 15.
- 209 MONGEAU, 1986 (voir note 83), p. 62.
- 210 Cité dans MONGEAU, 1986 (voir note 83), p. 62.
- 211 MONGEAU, 1986 (voir note 83), p. 64.
- 212 SAILLANT, ROUSSEAU et LAVERGNE, 1987 (voir note 205), p. 22.
- 213 ILLICH, I., *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.
- 214 MONGEAU, 1986 (voir note 83), p. 72.
- 215 JURDANT, M., *Le défi écologiste*, Montréal, Boréal, 1988, p. 25.
- 216 DAMIANI, 1995 (voir note 68), p. 15-16.
- 217 MONGEAU, 1986 (voir note 83), p. 20-24.
- 218 SERVAN-SCHREIBER, 2003 (voir note 92), p. 17.

219 *Ibid.*, p. 18.

220 *Ibid.*

221 SERVAN-SCHREIBER, 2003 (voir note 92), p. 21-24.

222 *Ibid.*, p. 23.

223 *Ibid.*

224 BRELET, 2002 (voir note 192), p. XXXI.

225 *Ibid.*

226 BRELET, 2002 (voir note 192), p. XXII.

227 Site Web Internet Passeport-santé.

<http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/MedecineChinoise>

228 *Médecine chinoise 101: Fondements*, 2008, site Web Passeport-santé.net.

<http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/MedecineChinoise/>.

229 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Médecine traditionnelle dans le développement des services de santé. Rapport d'une consultation*, p. 2, cité dans Brelet, C., 2002 (voir note 192).

230 BRELET, 2002 (voir note 192), p. XXVII.

231 *Ibid.*

232 NELMS, L. W. and J. GORSKI, « The Role of the African Traditional Healer in Women's Health », *Journal of Transcultural Nursing*, 17(2) 2006, p. 185.

233 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Technical Report Series*, N<sup>o</sup>. 1, cité dans BRELET, C., 2002 (voir note 192).

234 KALE, R., « Traditional Healers in South Africa: A Parallel Health Care System: South Africa's Health », *British Medical Journal*, 310(6988) 1995, p. 1182-1186.

235 NELMS, 2006 (voir note 232), p. 188; KALE, 1995 (voir note 234).

- 236 RQASF, 2004 (voir note 126), « Les médecines alternatives et complémentaires », section 3.5.3, p. 5.
- 237 SCOTT, A., « Homeopathy as Feminist Form of Medicine », *Sociology of Health and Illness*, Vol. 20, N<sup>o</sup>. 2 (March 1998), p. 191-214; SÉVIGNY, O., *Les soins homéopathiques : enjeux thérapeutiques et sociaux*, Paris, L'Harmattan, 1998.
- 238 SAINT-CERNY, A., « Histoire du mouvement de santé des femmes au Québec », dans FQPN, *À notre santé! Bilan et perspectives du mouvement de santé des femmes au Québec*, Actes du colloque organisé par la Fédération du Québec pour le planning des naissances à Montréal le 23 septembre 1989, FQPN, 1991, p. 17-41.
- 239 RQASF, 1999 (voir note 130), p. 5.
- 240 MORGEN, 2002 (voir note 76), p. 148.
- 241 SAILLANT, 2003 (voir note 78), p. 271.
- 242 COALITION FÉMINISTE ..., 1998 (voir note 9), p. 4; SAINT-CERNY, 1991 (voir note 238), p. 35; LAMOUREUX, J., « Insertion actuelle du mouvement des femmes dans l'ensemble des mouvements sociaux au Québec », dans FQPN, 1991 (voir note 238), p. 59-64; RQASF, 2004 (voir note 126), p. 5.
- 243 CONRAD, 1992 (voir note 121), p. 220.
- 244 RUZEK, S. B., *The Women's Health Movement*, New York: Praeger, 1978.
- 245 COALITION FÉMINISTE ..., 1998 (voir note 9), p. 11.
- 246 SAILLANT, F., « Introduction », dans SAILLANT et BOULIANNE, 2003 (voir note 25), p. 2.
- 247 COALITION FÉMINISTE ..., 1998 (voir note 9), p. 11, p. 72.

- 248 ASSOCIATION FÉMININE D'ÉDUCATION ET D'ACTION SOCIALE (AFEAS), *Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*, Ottawa, Condition féminine Canada, 1998.
- 249 PARAZELLI, M. « L'empowerment. De quoi s'agit-il? », *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2) 2007, p. 3.
- 250 SHRAGGE, E., « La pratique communautaire et la lutte pour la transformation sociale ». *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2) 2007, p. 182.
- 251 SAILLANT, 2003 (voir note 78), p. 277.
- 252 BATT, S., *Marcher à contre-pas : le mouvement pour la protection de la santé au Canada et le financement par l'industrie pharmaceutique*, Toronto, Action pour la santé des femmes, 2005.
- 253 RQASF, 1999, (voir note 130), p. 2.
- Chapitre IV**
- 254 MONGEAU, 1986 (voir note 83), p. 70.
- 255 SERVAN-SCHREIBER, D., *Anticancer. Prévenir et lutter grâce à nos défenses naturelles*, Paris, Laffont, 2007, p. 36.
- 256 PELLETIER, 1982 (voir note 162), p. 68.
- 257 BERTRAND, P., « Le corps immanent », *Médiane*, (2)1 2007, p. 45.
- 258 SAILLANT, 2003, (voir note 78), p. 277; FQPN, 1991 (voir note 238).
- 259 SAILLANT, 2003, (voir note 78), p. 266.
- 260 VUILLE et autres, 2006 (voir note 71), p. 15.
- 261 DOYAL, L., « Gender Equity in Health: Debates and Dilemmas », *Social Science and Medicine*, 51 (2000), p. 933.

- 262 *Id.*; PINKER, S., *The Sexual Paradox: Extreme Men, Gifted Women and the Real Gender Gap*, New York, Scribner, 2008.
- 263 DOYAL, 2000 (voir note 261).
- 264 STATISTIQUE CANADA, « Décès, 2005 », *Le Quotidien*, 14 janvier 2008, p. 5.
- 265 DOYAL, 2000 (voir note 261), p. 933.
- 266 BROWER, V., « Sex Matters in Sickness and in Health, Men and Women are Clearly Different », *European Molecular Biology Organization Reports*, 3(10) 2002; DOYAL, 2000 (voir note 261), p. 933; SERENI et SERENI, 2002 (voir note 94).
- 267 PINKER, 2008 (voir note 262).
- 268 BROWER, 2002 (voir note 266), p. 921.
- 269 *Ibid.*, p. 922.
- 270 FOWLER, R. *et al.*, « Sex- and Age-Based Differences in the Delivery and Outcomes of Critical Care », *Canadian Medical Association*, 177(12) 2007, p. 1513-1519.
- 271 CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF), *Avis: Vers un nouveau contrat social pour l'égalité entre les femmes et les hommes*, MAILLOUX, T. et H. HARVEY (coord.), Québec, CSF, 2004, p. 24.
- 272 *Ibid.*, p. 128.
- 273 BROWNER et SARGENT, 2005 (voir note 115), p. 369.
- 274 *Ibid.*, p.365.
- 275 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), *Écoute-moi quand je parle!*, Québec, le Ministère, 1997, p. 1.
- 276 SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE (SCF), *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises*, Québec, ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, 1997, p. 15.

- 277 RQASF, *Actions et politiques gouvernementales en matière de santé des femmes*, <http://rqasf.qc.ca/>
- 278 REID, C., A. et autres, « Diversité et promotion de la santé : l'utilité des travaux sur la santé des femmes et sur la théorie intersectionnelle », p. 101, dans O'NEILL et autres, 2006 (voir note 173), p. 98-115.
- 279 *Ibid.*
- 280 RQASF, *Actions et politiques gouvernementales en matière de santé des femmes*, <http://rqasf.qc.ca/>
- 281 Voir CRENSHAW, K. et al., « Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color », *Stanford Law Review*, 43(6) 1991, p. 1241-1299.
- 282 INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHES SUR LES FEMMES (ICREF), *Coup d'œil sur les cadres d'analyse féministe intersectionnelle*, Ottawa, ICREF, 2006.
- 283 AYANAN, J. Z. et al., « The Effect of Patient's Preferences on Racial Differences in Access to Renal Transplantation », *The New England Journal of Medicine*, 341(22) 1999, p. 1661-1669.
- 284 COGNET, M., « Quand l'infirmière est noire. Les soins et services de santé dans un contexte raciste », *Regard sur la santé. Face à face*, 2 (février 2004), p. 10-21.
- 285 RQASF, *Pour le dire... rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*, Montréal, RQASF, 2003.
- 286 REID et autres, 2006 (voir note 278), p. 107.
- 287 CORBEIL, C. et I. MARCHAND, « Penser l'intervention féministe à l'aube de l'approche intersectionnelle : Défis et enjeux », *Nouvelles Pratiques Sociales*, 19(1) 2007, p. 50.
- 288 RQASF, 1999 (voir note 130), p. 14.

- 289 PAMPALON, R. et G. RAYMOND, « Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec », *Maladies chroniques au Canada*, 21(3) 2000, p. 113-122.
- 290 MARMOT, M., *Status Syndrome: How Your Social Standing Directly Affects Your Health and Life Expectancy*, London, Bloomsbury & Henry Holt, 2004; PAQUET, G., *Partir du bas de l'échelle : des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2005.
- 291 LIPPMAN, A., « Doit-on étendre le diagnostic prénatal? » *L'Observatoire de la génétique*, 2002. <http://www.ircm.qc.ca/bioethique/obsgenetique/>
- 292 DUFOUR, P., « L'adoption du projet de Loi 112 au Québec: le produit d'une mobilisation ou une simple question de conjoncture politique? », *Politique et sociétés*, 23(2-3) 2004, p. 173-174.
- 293 *Id.*, p. 159.
- 294 COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE DU QUÉBEC (CDPDJQ), *La pauvreté est le plus grave problème de droits et libertés dans le Québec contemporain*, Déclaration de la Commission à l'occasion de la Marche mondiale des femmes pour éliminer la pauvreté et la violence faite aux femmes, Montréal, CDPDJQ, 2000; FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (FNUP), *État de la population mondiale 2004 : le consensus du Caire, dix ans après : la population, la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté*, New York: UNFPA, 2004; SANÉ, P., « Pauvreté, une violation des droits humains », Forum/Event, *Communiqué de presse*, 2006. <http://www.forum-events.com/debats/>
- 295 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*, 2<sup>e</sup> éd., Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004, p.11.
- 296 DOYAL, 2004 (voir note 28).

- 297 BOIVIN, L. et R. PINARD, *Les femmes dans l'engrenage mondialisé de la concurrence : Étude de cas sur les travailleuses des services d'aide à domicile au Québec*, Montréal, Conseil d'intervention pour l'accès des femmes au travail (CIAFT), 2007 ; CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF), 2004 (voir note 271), p. 25-26 ; DUSSUET, A., « Le genre de l'emploi de proximité », *Lien social et Politiques – RIAC*, 47 (printemps 2002), p. 143-154.
- 298 ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE), *L'Avenir des professions à prédominance féminine*, Paris, OCDE, 1999, p. 222.
- 299 VÉZINA, M. et autres, « Définir les risques. Note de recherche : sur la prévention des problèmes de santé mentale ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3 (2006), p. 36.
- 300 *Ibid.*, p. 34.
- 301 *Ibid.*, p. 37.
- 302 MESSING, K., *La santé des travailleuses : la science est-elle aveugle?* Montréal/Toulouse : Remue-Ménage/Octarès, 2000.
- 303 VÉZINA et autres, 2006 (voir note 299), p. 37.
- 304 *Id.* ; SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE (SCFP), *Soins de longue durée : des niveaux de violence ahurissants*, Toronto, SCFP, 2008.
- 305 BROWNER et SARGENT, « Donner un genre à l'anthropologie médicale », dans SAILLANT, F. et GENEST, 2005 (voir note 115), p. 364-365.
- 306 *Ibid.*
- 307 DOYAL, L., *What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health*, New Brunswick, (New Jersey): Rutgers University Press, 1995, p. 223.
- 308 CENTRE ONTARIEN D'INFORMATION EN PRÉVENTION, (COIP), *L'inclusion : j'en fais partie!*, Toronto, COIP, 2006.

- 309 CENTRE ONTARIEN D'INFORMATION EN PRÉVENTION (COIP), Alliance pour la prévention des maladies chroniques de l'Ontario et Société canadienne du cancer – Division de l'Ontario, *Prêts pour l'action : les déterminants sociaux de la santé*, Toronto, COIP/OCDPA, 2007. [www.ocdpa.on.ca](http://www.ocdpa.on.ca)
- 310 *Id.*, p. 26.
- 311 PELLETIER, 1982 (voir note 162), p. 27.
- 312 RQASF, 2004 (voir note 126), « L'autosanté », section 3.1.1, p. 2.
- 313 FLETCHER, D.J., « Self-Care – How to Help Patients Share Responsibility for Their Health », *Postgraduate Medicine*, (August 1985), p. 215; cité dans MONGEAU, 1986 (voir note 83), p. 85.
- 314 *Bulletin de la Ligue des droits et libertés*, 1985, IV(3).
- 315 BATT, S., « La recherche universitaire médicale est-elle à vendre? » (résumé de l'éditorial de Marcia Angell publié dans le *New England Journal of Medicine* en mai 2000), *Bulletin D.E.S.Action Canada*, N°. 62 (Summer 2000), p. 1-6.
- 316 DAVIDOFF, F *et al.* « Sponsorship, Authorship and Accountability », *The New England Journal of Medicine*, Vol. 345, N°. 11 (Sept. 13, 2001), p. 825-827.
- 317 RQASF, 2004 (voir note 126).
- 318 Sur l'empowerment, voir PARAZELLI, 2007 (voir note 249).
- 319 SAINT-PIERRE et RICHARD, 2006 (voir note 189), p. 200.
- 320 *Ibid.*, p. 201.
- 321 UNION INTERNATIONALE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (UIPES), *La 19<sup>e</sup> Conférence mondiale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé de l'UIPES*, Vancouver, UIPES, 2007.
- 322 INHORN, M.C. et K. L. WHITTLE, « Feminism Meets the 'New' Epidemiologies: Toward an Appraisal of Antifeminist Biases in Epidemiological Research on Women's Health », *Social Science and Medicine*, 53 (2001), p. 563-564.

323 VUILLE et autres, 2006 (voir note 71).

324 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ), « La consultation de professionnels de la santé par les Québécois : comparaisons temporelles et provinciales », *Zoom santé*, mars 2007, p. 2.

325 *Ibid.*, p. 3.

326 *Ibid.*, p. 2.

327 *Code de déontologie des médecins*, [Québec], R.R.Q., 1981, C. M-9, r. 4.

328 RQASF, 2004 (voir note 126), « Les médecines alternatives et complémentaires », section 3.5.3, p. 6.

329 COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, la Commission, 1988.

330 *Ibid.*, p. 588.

331 ROY, R., « Plus d'une décennie après le rapport Rochon. Les médecines douces se pratiquent toujours en douce ! », *Association de santé holistique du Québec* (ASHQ), 2003, p.3.

[http://perso.b2b2c.ca/denise/ashq/editorial\\_me\\_rejean\\_roy.htm](http://perso.b2b2c.ca/denise/ashq/editorial_me_rejean_roy.htm)

332 MONGEAU, 1986 (voir note 83), p. 122-129.

## BIBLIOGRAPHIE

(Certains titres sont déjà cités dans les sources documentaires.)

### Chapitre I

ALCOFF, L., «Cultural Feminism Versus Post-Structuralism: The Identity Crisis in Feminist Theory», *Sign*, 13(3) 1988, p. 405-436.

ASSOCIATION DES FEMMES AUTOCHTONES DU CANADA (AFAC), *Les déterminants sociaux de la santé et les femmes autochtones du Canada*, Ottawa, AFAC, 2007.

BALIBAR, E., «Racisme et nationalisme», dans BALIBAR, E. et I. WALLERSTEIN (dir.), *Race nation classe, les identités ambiguës*, Paris, La Découverte, 1988.

BARBER, B., *Comment le capitalisme nous infantilise*, Paris, Fayard. 2007.

CHOSSUDOVSKY, M., «La famine mondiale», *L'Aut'Journal*, 2008.

<http://www.lautjournal.info/>

COALITION FÉMINISTE POUR UNE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (CF), *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes*, Montréal, La Coalition, 1998.

COALITION QUÉBÉCOISE POUR UNE GESTION RESPONSABLE DE L'EAU – COALITION EAU SECOURS : <http://www.eausecours.org/>

CONGRÈS DU TRAVAIL DU CANADA, *Les femmes dans la population active: encore loin de l'égalité*, Ottawa, CTC, 2008.

DESROSIERS, E., «La crise alimentaire: la nécessaire révolution verte», *Le Devoir*, 4 mai 2008, p. C-2.

DIXON, K., *Les évangélistes du marché: les intellectuels britanniques et le néo-libéralisme*, Paris, Raison d'agir, 1998.

DOSTALER, G., «Du libéralisme au néolibéralisme», dans PAQUEROT, S., *L'État aux orties. Mondialisation de l'économie et rôle de l'État*, Montréal, Écosociété, 1996.

DUBY, G. et M. PERROT, *Histoire des femmes en Occident*, (Paris), Plon/Perrin, 2002 (5 volumes).

FASSIN, D., « Le genre aux États-Unis », dans BARD, C. et autres (dir.), *Quand les femmes s'en mêlent : genre et pouvoir*, Paris, De la Martinière, 2004, p. 20.

FEMMES AUTOCHTONES DU QUÉBEC (FAQ), *Femmes autochtones et santé : un état de la situation. Rapport et recommandations*, Montréal, FAQ, 2002.

GALABUZI, G.-E., *Canada's Creeping Economic Apartheid: The Economic Segregation and Social Marginalisation of Racialised Groups*, Toronto, CSJ Foundation for Research and Education, 2001.

GÉLINAS, J. B., *La réforme de toutes les réformes. L'ajustement structurel et la réforme des soins de santé dans le Tiers Monde*, Ottawa, Conférence canadienne de santé internationale, 1995.

[http://www.ccsid.org/fra/f\\_documents/gelinasb.htm](http://www.ccsid.org/fra/f_documents/gelinasb.htm)

GÉLINAS, Jacques B., *Dictionnaire critique de la globalisation. Les mots du pouvoir, le pouvoir des mots*, Montréal, Écosociété, 2008.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), *Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 : les faits saillants*, INSPQ, Québec, 2008.

LAROCHE, D., « Le partage du temps productif entre conjoints », dans Institut de la statistique du Québec, *Portrait social du Québec*, Québec, ISQ, 2001, p. 528.

MCALL, C., « Au cœur des inégalités sociales et de santé : l'exclusion et l'inclusion comme rapports », dans GAGNON, E., Y. PELCHAT et R. PELCHAT (dir.), *Responsabilité, justice et exclusion sociale : quelle système de santé pour quelles finalités?*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2008.

QUÉBEC (PROVINCE), *Éthique et nanotechnologies : se donner les moyens d'agir*, rapport du Comité de l'éthique de la science et de la technologie, Québec, le Comité, 2006.

SAILLANT, F. et M. BOULIANNE (dir.), *Transformations sociales, genre et santé : perspectives critiques et comparatives*. Québec; Paris : Les Presses de l'Université Laval; L'Harmattan, 2003.

SOLARZ, A. L., Ed. & INSTITUTE OF MEDICINE, *Lesbian Health. Current Assessment and Directions for the Future*, Washington, D. C.: National Academy Press, 1999.

THIERS-VIDAL, L., *Le masculinisme de La domination masculine de Bourdieu*, Paris, Chiennes de garde & fières de l'être, 2004.  
<http://www.chiennesdegarde.org>

TICKNER, J. A., « Democratization, the State and the Global Order; Gendered Perspectives », In J. A. TICKNER (ed.), *Gendering World Politics: Issues and Approaches in Post-Cold War Era*, New York: Colombia University Press, 2001, p. 95-124.

TRAT, J., D. LAMOUREUX et R. PFERFFERKOM, *L'autonomie des femmes en question : antiféminismes et résistance en Amérique et en Europe*, Paris, L'Harmattan, 2006.

WITZ, A., « Anamnesis and Amnesia in Bourdieu's Work: The Case for a Feminist Anamnesis », in Adkins, L. and B. Skeggs (eds), *Feminism after Bourdieu*, Oxford: Blackwell Publishing, 2004, p. 211-223.

## Chapitre II

BARALDI, R., « Subventions provenant de l'industrie pharmaceutique : l'argent n'a pas d'odeur? », *Bulletin D.E.S. Action Canada*, (51) 1997, p. 1-5.

BATT, S., *À bout de patience : les enjeux de la lutte au cancer du sein*, Montréal, Remue-Ménage, 1998.

BATT, S., *Marcher à contre-pas : le mouvement pour la protection de la santé au Canada et le financement par l'industrie pharmaceutique*, Toronto, Action pour la protection de la santé des femmes, 2005.

BEKELMAN, J. E. *et al.*, «Scope and Impact of Financial Conflicts of Interest in Biomedical Research», *Journal of the American Medical Association*, 289(4) 2003, p. 454-465.

BOILARD, J., «Les approches complémentaires en médecine», dans Dufresne, J. et autres, *Traité d'anthropologie médicale: l'institution de la santé et de la maladie*, Québec, Sillery, Presses de l'Université du Québec: Institut québécois de la recherche sur la culture (IQRC)/Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1985, p. 160.

CAMPBELL, B. et G. MARCHILDON, *Medicare: Facts, Myths, Problems & Promise*, Toronto: James Lorimer & Company Ltd., 2007.

CASSELLS, A. *et al.*, *Drugs in the News: How Well do Canadian Newspapers Report the Good, the Bad and the Ugly of New Prescription Drugs?*, Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives, 2003.

COLLIN, J. et A. J. SUISSA (dir.), «Le phénomène de la médicalisation du social: enjeux et pistes d'intervention», *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 19, n° 2, 2007.

COMMISSION EUROPÉENNE, Direction générale Santé et protection des consommateurs, (section évaluation des risques).

<http://copublications.greenfacts.org/fr/nanotechnologies/index.htm>

DAVIS-FLOYD, R. E. et C. F. SARGENT (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1997.

DOYAL, L., *What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health*, New Brunswick, (New Jersey): Rutgers University Press, 1995.

EHRENREICH, B et D. ENGLISH, *Sorcières, sages-femmes et infirmières: une histoire des femmes et de la médecine*, Ottawa, Remue-Ménage, 1983.

GERBELLI, C., «Le corps des femmes sous le contrôle médical», *À Bâbord!* (13) 2006, p. 6.

- HIMMELSTEIN, D. U. *et al.*, « Quality of Care in Investor-Owned vs Not-For-Profit HMOs », *Journal of the American Medical Association*, 282(2) 1999, p. 159-163.
- JURDANT, M., *Le défi écologiste*, Montréal, Boréal, 1988.
- LINDENBAUM, S. et M. LOCK, *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, Berkeley, Los Angeles, Oxford: University of California Press, 1993.
- KASPER, A. S. et S. J. FERGUSON, *Breast Cancer: Society Shapes an Epidemic*, New York: St.Martin's Press, 2000.
- LÉPINE, P. et D. RUELENS, *Aux hormones ou au naturel? La ménopause, une approche intégrée*, Outremont, Les Éditions Québecor, 2002.
- MARTIN, E., « The Egg and the Sperm: How Science has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles », in SARGENT, C. F. and C. B. BRETTELL (eds.) *Gender and Health: An International Perspective*, Upper Saddle River (New Jersey), Prentice-Hall, 1996.
- MINTZES, B. et R. BARALDI, *Publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance : Quand la protection de la santé n'est plus une priorité*, D.E.S. Action Canada, 2001. <http://www.whp-apsf.ca/pdf/pdcmo.pdf>
- MONGEAU, S., *Pour une nouvelle médecine*, Montréal, Québec-Amérique, 1986.
- OSTIGUY, C. et autres, *Les effets sur la santé reliés aux nanoparticules. Études et recherches, Rapport R-558*, 2e éd., Montréal, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), 2008.
- SABOURIN, M., « La médicalisation de la reproduction », *À Bâbord!*, (14) 2006.
- SAINT-ONGE, J. C., *L'envers de la pilule : les dessous de l'industrie pharmaceutique*, Montréal, Écosociété, 2004.
- SALOMON, J. C., *Le complexe médico-industriel*, Paris, Mille et une nuits, 2005.

SARGENT C. F. et C. B. BRETTELL, « Introduction: Gender, Medicine, and Health », in SARGENT C. F. and C. B. BRETTELL (eds), *Gender and Health: An International Perspective*, Upper Saddle River (New Jersey): Prentice-Hall, 1996, p. 1-28.

SHEA, L., *Réflexions sur le Depo-Provera: contributions à l'amélioration de la réglementation des médicaments au Canada*. Toronto, Action pour la protection de la santé des femmes, 2007.

SNYDER, P., *Représentations de la femme et chasse aux sorcières, XIII<sup>e</sup>-XV<sup>e</sup> siècles*, Montréal, Fides, 2000.

TARDIF, F., *L'injection contraceptive ou Depo-Provera : est-ce pour vous?* Montréal, Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), 2000.  
[http://bv.cdeacf.ca/CF\\_PDF/2001\\_01\\_0064.pdf](http://bv.cdeacf.ca/CF_PDF/2001_01_0064.pdf)

WELCH, G., *Dois-je me faire tester pour le cancer? Peut-être pas et voici pourquoi*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2005.

### Chapitre III

ASSOCIATION POUR LA RECHERCHE SUR LES TUMEURS CÉRÉBRALES (ARTAC), *Les sept propositions du corps médical en matière de santé environnementale*, Plateforme nationale du corps médical pour le Grenelle de l'environnement, Paris, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 2008.

BÉGIN, M., « Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé: de l'évidence scientifique aux politiques publiques. Un défi de taille », *Séminaire du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)*, Montréal, Université de Montréal, 12 décembre 2007.

BENACH, J., C. MUNTANER, V. SANTANA, *Employment Conditions and Health Inequalities*, Geneva: World Health Organization (WHO), 2007.

CENTRE DE DOCUMENTATION SUR L'ÉDUCATION DES ADULTES ET LA CONDITION FÉMININE (CDEACF) (NetFemmes): <http://www.cdeacf.ca/>

COMITÉ INTERMINISTÉRIEL SUR LE HARCÈLEMENT PSYCHOLOGIQUE, *Le harcèlement psychologique au travail*, [Québec], le Comité, 2001

FEMMES AUTOCHTONES DU QUÉBEC (FAQ), *Femmes autochtones et santé: un état de la situation. Rapport et recommandations*, Montréal, FAQ, 2002.

FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (UNFPA), *Guide des ressources pour les groupes thématiques sur les questions sexospécifiques*, New York, UNIFEM, 2005.

GOLLAC, M. et S. VOLKOFF, « La santé au travail et ses masques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, (163) 2006, p. 4-17.

GRAY, J., *State of the Evidence 2008: The Connection Between Breast Cancer and the Environment*, San Francisco: Breast Cancer Fund, 2008.

HENRY, F. *et al.*, « Racism and Aboriginal Peoples », in F. HENRY, T. TATOR, W. MATTIS et T. REES (eds), *The Colour of Democracy: Racism in Canadian Society*, 2<sup>nd</sup> ed., Toronto: Harcourt, 2000, p. 119-142.

KRISTENSON, M., H. R. ERIKSEN, J. K. LUITER, D. TARKE, H. URSIN, « Psychological Mechanisms of Socioeconomic Differences in Health », *Social Science and Medicine*, (58) 2004, p. 1511-1522.

L'R DES CENTRES DE FEMMES DU QUÉBEC : <http://www.rcentres.qc.ca/>

MESSING, K. *La santé des travailleuses : la science est-elle aveugle?*, Montréal/Toulouse, Remue-Ménage/Octarès, 2000.

MESSING, K. et P. ÖSTLIN, *Gender Equality, work and health: A Review of the Evidence*, Geneva: OMS, 2006.

O'NEILL, M., DUPÉRE, S., PEDERSON, A. et I. ROOTMAN (dir.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2006.

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL (OIT), *L'heure de l'égalité au travail*, Genève, Bureau international du travail, 2003.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Prévenir la maladie grâce à un environnement sain : Une estimation de la charge de morbidité imputable à l'environnement*, Genève, OMS, 2007.

ONTARIO COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS (OCFP), *Addressing the Health Effects of Climate Change: Family Physicians are Key*, Toronto: OCFP, 2008.

RELAIS-FEMMES : <http://www.relais-femmes.qc.ca/>

RÉSEAU CANADIEN POUR LA SANTÉ DES FEMMES : <http://www.cwhn.ca/>

UNICEF, *La situation des enfants dans le monde : Femmes et enfants. Le double dividende de l'égalité des sexes*, New York, UNICEF, 2006.

#### Chapitre IV

BEKELMAN, J.E., Y LI, et C. P. GROSS, « Scope and Impact of Financial Conflicts of Interests in Biomedical Research », *JAMA*, Vol. 289 N°. 4 (January 2003), p. 454-465.

HOOKS, B., *Feminist theory, from margins to center*, Cambridge, MA: South End Press, 1984.

INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHES SUR LES FEMMES (ICREF), *Coup d'œil sur les cadres d'analyse féministe intersectionnelle*, Ottawa, ICREF, 2006.

KRISTENSON, M. *et al.*, « Psychological Mechanisms of Socioeconomic Differences in Health », *Social Science and Medicine*, 58 (2004), p. 1511-1522

MONGEAU, S., *Pour une nouvelle médecine*, Montréal, Québec-Amérique, 1986.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RQASF), *Notre soupe aux cailloux : une œuvre collective pour la santé des femmes au mitan de la vie*, Montréal, RQASF, 2004.

SERVAN-SCHREIBER, D., *Anticancer. Prévenir et lutter grâce à nos défenses naturelles*, Paris, Laffont, 2007.

WILKINSON, R.G., *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*, London/New York: The New Press, 2005.

## Remerciements

**Nous remercions toutes les personnes qui de près ou de loin ont travaillé à cette édition entièrement renouvelée du cadre de référence.**

*Merci à toutes celles qui ont participé au processus d'orientation initial du projet:*

Lydia Assayag, RQASF

Joanne Blais, Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie

Nicole Caron, Relais-Femmes

France Doyon, RQASF

Francyne Ducharme, Table de concertation du mouvement des femmes – Centre-du-Québec

Lorraine Fontaine, Réseau Naissance Renaissance

Marie-Thérèse Forest, Table de concertation des groupes de femmes Gaspésie-  
Les-Îles : RÉGION 11

Sophie Gilbert, Réseau des femmes des Laurentides RÉGION 15

Linda Girard, Femmes Autochtones du Québec Inc.

Lilia Goldfarb, Ydes femmes

Lise Goulet, RQASF

Isabelle Guérard, Centre de santé des femmes de l'Estrie : RÉGION 05

Thérèse Larochelle, Réseau des groupes de femmes de Chaudière-Appalaches :  
RÉGION 12

Sophie le Blanc, RQASF

Éva Leblond, Table en condition féminine de Laval : RÉGION 13

Martha Ortiz, Table de concertation des groupes de femmes de la Montérégie  
(TCGFM) : RÉGION 16

Nathalie Parent, Fédération québécoise pour le planning des naissances (FQPN)

Anne Pasquier, Table des groupes de femmes de Montréal : RÉGION 06

Alice Tofan, ACCESSS

Suzanne Tremblay, Table de Concertation des Groupes de Femmes du  
Bas-Saint-Laurent : RÉGION 01

Lina Vaillancourt, RQASF

*Merci à toutes celles qui ont commenté des versions préliminaires du document :*

Lydia Assayag, RQASF

Nicole Caron, Relais-Femmes

France Doyon, RQASF

Lise Goulet, RQASF

Suzelle Lambert, Table de Concertation des Groupes de Femmes du Bas-Saint-Laurent : RÉGION 01

Lyse Rioux, Centre des femmes l'Étincelle (Baie-Comeau)

*Nous remercions plus particulièrement Maryse Dionne, pour son étroite collaboration à la mise en forme des renvois aux sources documentaires, ainsi que France Doyon, pour ses précieux commentaires sur le document final.*

Dans les années 1990, le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) entreprend une démarche afin de définir un cadre de référence en matière de santé. En 1999, une première mouture présente des stratégies qui visaient à la fois l'amélioration des services et leur adéquation aux besoins des femmes. Près de 10 ans plus tard, dans un contexte d'inégalités grandissantes et de globalisation effrénée, la donne a changé. C'est pourquoi le cadre de référence du RQASF fait aujourd'hui peau neuve. Plus fouillée et enrichie d'analyses approfondies, cette version renouvelée vise à expliquer notre vision globale et féministe de la santé. Ce nouvel outil cherche aussi à nous prémunir contre les illusions du discours commun en matière de santé.



*Réseau québécois d'action  
pour la santé des femmes*