

Édito

La santé est politique

Marilène Vuille, Séverine Rey, Catherine Fussinger et Geneviève Cresson

Parler de santé, ce n'est pas seulement se souvenir du fameux état de bien-être que l'OMS voulait promouvoir¹ ou des pathologies qui risquent de le miner, et face auxquelles les personnes et les groupes ne sont pas égaux. C'est aussi faire référence à une série de professions, de métiers, d'activités (aux formations, aux revenus et aux prestiges fort divers) dans lesquels femmes et hommes n'occupent pas les mêmes positions. Mais le travail de santé n'est pleinement pris en compte que si l'on reconnaît la place prépondérante des femmes en tant que groupe social assigné à son maintien et aux soins à autrui : non seulement en tant que travailleuses rémunérées dans les institutions médicales et paramédicales, mais encore à titre gratuit, dans la sphère familiale, en tant que « profanes » des soins. Parler de santé, c'est en outre évoquer des traitements, des soins plus ou moins reconnus et professionnalisés, des luttes pour imposer ou reconnaître des manières de soigner, y avoir accès ou y échapper, obtenir le remboursement ou la gratuité... des un-e-s et des autres. La santé est enfin un champ dont la puissance de création ou d'entretien de représentations (et de stéréotypes, sexuels entre autres) est remarquable, avec ses effets de stigmatisation ou de libération selon les cas : les professionnel-le-s de la santé « disent » ce que sont les rapports sociaux de sexe, ce que sont les femmes, les hommes, et cet effet d'imposition propage ou renforce les idées reçues du moment. Les études féministes et les mouvements des femmes percutent toutes ces questions, certes, mais pas au même moment ni avec la même intensité ; dans les pays occidentaux, ils se sont davantage mobilisés autour des questions de contraception que sur la santé au travail, qui reste le parent pauvre (et qui n'est présente dans ce numéro qu'à travers la recension par Magdalena Rosende du livre édité par Laurent Vogel, *La santé des femmes au travail en Europe*).

1. La définition de la santé que donne l'Organisation mondiale de la santé est la suivante : « 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. » Préambule à la Constitution

de l'OMS, telle qu'adoptée par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signée le 22 juillet 1946 par les représentant-e-s de 61 États et entrée en vigueur le 7 avril 1948 (la définition n'a pas été modifiée depuis).

À parcourir le sommaire de ce numéro, il est loisible de croire qu'il n'y est question que de la santé – ou de la non-santé – des femmes (cancer du sein, troubles et traitements de la ménopause, santé mentale des femmes, pratiques gynécologiques alternatives, santé des lesbiennes, dépendances des femmes, femmes et VIH/sida...). Or notre intention est bien plus large, car il s'agit pour nous de mettre en évidence que les rapports sociaux de sexe croisent la santé à plusieurs titres et pas dans les seuls domaines de la reproduction et de la sexualité, où l'on a tendance à les cantonner.

Monique Membrado a voulu montrer que le monde médical n'appréhende la santé des femmes qu'en référence à leur place dans la famille et dans la reproduction, même lorsque le trouble ou la maladie considérés ne relèvent pas de la santé génésique. L'exemple de l'alcoolisme est particulièrement intéressant pour illustrer cette thèse, puisque l'opprobre jeté sur les femmes alcooliques se drape dans une redéfinition idéalisée des rôles de mère et d'épouse. Le deuxième cas traité, celui du cancer du sein, révèle que les femmes mariées participent davantage aux programmes de dépistage que les veuves, divorcées et célibataires. Les femmes semblent par conséquent se conformer dans ce cadre à des représentations traditionnelles de la féminité et de la responsabilité familiale. Par le recours à diverses notions – celles de référence maternelle, de contrat de genre et de stéréotype de sexe – l'auteure défend la thèse que le monde médical particularise les femmes, après les avoir longtemps oubliées (ou les avoir exclues de nombreux essais cliniques, par exemple). L'article montre, en creux, que si les états et problèmes de santé des hommes ne font pas l'objet d'une particularisation, ils continuent, de façon implicite, à servir de référent à l'aune duquel se mesurent les *autres* êtres humains.

Marie Ménoret a choisi le cancer du sein pour illustrer une préoccupation que l'on pourrait étendre à d'autres pathologies qui frappent les femmes. Pourquoi le traitement et la prévention du cancer du sein (en France) sont-ils menés d'une façon aussi apolitique, qui renvoie chaque femme touchée à une interrogation personnelle, contribuant «à la mise en exergue d'une expérience solitaire de cette épreuve» et décourageant «toute forme de résistance collective et sociale»? Son analyse se termine par un appel à sortir de cette approche individualiste, à l'aide de connaissances existantes mais peu diffusées. Une lecture trop hâtive et superficielle de son article pourrait induire que la résistance à la médicalisation (en l'occurrence, au dogme du dépistage précoce du cancer du sein par la mammographie) est la seule alternative féministe possible à l'approche biomédicale²

2. Les termes de biomédical et de biomédecine sont utilisés pour désigner le recours croissant aux connaissances biologiques en médecine. La recherche en laboratoire débute dans la seconde moitié du XIX^e siècle, mais le terme de biomédecine s'impose dans la seconde moitié du XX^e 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 du lit» des malades et obtient un financement toujours plus important.

dépolitisant le problème ; or, l'auteure laisse au contraire entrevoir la complexité des réflexions et revendications féministes sur cet objet. Marie Ménoret évoque en effet les prises de position très contrastées au sein du mouvement de santé des femmes états-unien et prend parti en faveur de l'une d'entre elles, collective, écologique et de contre-expertise.

Ilana Löwy et Jean-Paul Gaudillière se sont intéressé-e-s à la ménopause qui, en tant qu'état de carence, est une construction récente cristallisant les débats sur la féminité («*for ever*» ou non!), où les rapports sociaux d'âge et de sexe se percutent. Les auteur-e-s se sont demandé pourquoi trois pays développés – les États-Unis d'Amérique, la France et l'Allemagne – avaient pris des options différentes dans la controverse autour de l'utilité, l'efficacité ou la dangerosité des traitements hormonaux dans la période qui entoure la ménopause. Leurs réponses vont chercher du côté de l'organisation des professions médicales, des relations entre praticien-ne-s, chercheur-e-s et représentant-e-s de l'industrie pharmaceutique, sur lesquels se différencient les pays considérés. Les réactions différentes des mouvements des femmes de ces trois nations complètent ces éléments. En France, par exemple, aucun mouvement de femmes (usagères ou professionnelles) ne s'est constitué autour de la ménopause, et les associations féministes sont moins distantes et critiques vis-à-vis des professions et des institutions médicales. La démarche comparative d'Ilana Löwy et Jean-Paul Gaudillière met en évidence la nécessité de connaître les configurations nationales pour comprendre aussi bien les choix médicaux effectués (ici, la prescription d'un traitement médicamenteux) que les modalités d'intervention collective des femmes dans les processus d'expertise. Elle montre également que des convergences surprenantes dans les réactions des usagères peuvent se profiler en dépit de la diversité des contextes.

Marie-Laurence Poiré, Berthe Lacharité, Ginette Rousseau et le collectif de militantes en santé mentale (Québec) avec lequel elles ont collaboré ont adopté pour leur part une démarche plus descriptive qu'analytique. Elles nous donnent à voir une expérience féministe à laquelle elles participent avec une conviction forte. Ces militantes, issues du Mouvement d'action communautaire autonome – mouvement social alternatif diversifié, sans équivalent en France ou en Suisse romande – ont travaillé simultanément sur deux fronts. D'une part, elles se sont efforcées de rendre la question féministe plus présente dans les structures alternatives spécialisées en santé mentale. D'autre part, il leur importait qu'au sein des Centres de femmes, dont les activités ne sont pas spécifiques au domaine de la santé, la souffrance psychique des femmes soit abordée dans une optique alternative, critique envers la biopsychiatrie. Ce défi croisé aurait pu faire l'objet d'une analyse des difficultés à maintenir une position alternative sur des plans différents ; les auteures ont toutefois préféré souligner les valeurs communes entre les deux structures, à savoir une approche globale de la personne et le souci constant d'œuvrer à une (ré)appropriation du pouvoir. Dès lors, certaines questions restent sans réponse.

En particulier, comment comprendre que les personnes actives au sein des Ressources alternatives en santé mentale aient, à la fin des années 90, éprouvé le besoin de se doter d'outils spécifiques pour assurer une « prise en charge respectueuse des femmes » alors que la critique féministe de la psychiatisation a été une composante importante du mouvement pour la santé des femmes au Québec dès la fin des années 70 et qu'elle a débouché, comme aux États-Unis, sur des propositions de psychothérapies féministes ? Sans doute l'accent porté sur les convergences entre structures alternatives plutôt que sur leurs divergences idéologiques et de pratiques découle-t-il de la nécessité de présenter un front uni face aux réformes du système sanitaire. Prises en tenaille entre leur volonté de rester une offre alternative, de contre-pouvoir biomédical, et leur souhait – et la nécessité financière dans laquelle elles se trouvent – d'une reconnaissance par l'État, les initiatives présentées sont, de l'avis des auteures, des « îlots de résistance » à la vague de fond biopsychiatrique et de « véritables espaces de liberté ».

Du mouvement de santé des femmes des années 70 au *gender health* des années 90

Plusieurs contributions de ce numéro se réfèrent au « mouvement pour la santé des femmes » (en particulier nord-américain) et à son évolution au cours des trois dernières décennies du XX^e siècle. La revendication des femmes de disposer librement de leur corps ainsi que la critique de leur infériorisation sociale au nom d'arguments biologiques et de la médicalisation se retrouvent dans le mouvement féministe des années 70 de l'ensemble des pays occidentaux. Ces aspects n'ont toutefois pas conduit partout à des pratiques féministes alternatives dans le domaine de la santé. En France, le slogan « notre ventre nous appartient » et les activités développées par le Mouvement de libération de l'avortement et de la contraception (MLAC) n'ont pas donné naissance à un « mouvement pour la santé des femmes » semblable à celui qui a émergé aux États-Unis dans la première moitié des années 70 et a servi de modèle au Québec, en Allemagne ou en Suisse (en l'occurrence à Genève, comme le montre l'entretien avec Rina Nissim). En donnant ici quelques repères sur l'histoire du mouvement de santé des femmes, notre propos est d'une part de reconstituer la toile de fond sur laquelle se place une partie des articles et de mettre en évidence la richesse du débat féministe dans ce domaine.

Dès la fin des années 60, les féministes mènent des luttes autour du droit à l'avortement et critiquent l'attitude des gynécologues. La pratique de l'auto-examen gynécologique et celle d'avortements clandestins constituent une réappropriation de certains gestes jusqu'alors réservés aux médecins. Les contestations visent aussi le savoir médical et débouchent sur ce qu'on pourrait qualifier de contre-information féministe vulgarisée, dont le célèbre ouvrage *Our Bodies, Ourselves* (1973) est exemplaire. Le refus des hiérarchies entre groupes professionnels aussi bien qu'entre soignant-e-s et soigné-e-s, l'accent porté sur la réappropriation individuelle et

collective du savoir sur le corps, de même que la validation de l'expérience des femmes constituent ainsi les caractéristiques centrales du mouvement de santé des femmes. Les Feminist Women's Health Clinics créées aux États-Unis au cours des années 70, comme le Dispensaire des femmes à Genève (1978), se fondent sur ces principes.

Une des originalités de ce mouvement aux États-Unis réside dans une activité de contre-expertise qui dénonce publiquement les pratiques médicales susceptibles de mettre en danger la santé des femmes (Löwy, 2005). Dans un ouvrage grand public, paru en 1969, une militante féministe s'appuie sur des travaux scientifiques pour dénoncer les effets secondaires de la pilule contraceptive. Quelques années plus tard, deux autres affaires défraient la chronique : d'une part, il est prouvé qu'un stérilet, le Dalkon Shield, provoque de graves infections gynécologiques et, de l'autre, il s'avère que le diéthylstilbestrol (DES), un analogue de l'œstrogène, administré aux femmes comme pilule du lendemain et pour prévenir les accouchements prématurés, est responsable de cancers gynécologiques chez les filles des femmes qui en ont pris. À l'occasion des procès intentés aux deux fabricants, le mouvement féministe organise des manifestations qui visibilisent les problèmes de santé spécifiques aux femmes auprès de l'opinion publique américaine. C'est dans ce contexte que les militantes féministes investies sur ces dossiers ont créé, en 1975, le National Women's Health Network, toujours en activité aujourd'hui, dont l'objectif est de faire pression sur l'agence américaine de contrôle des médicaments, sur les industries pharmaceutiques et sur le corps médical. Les mobilisations initiales de ce réseau eurent pour résultat la mention, obtenue de haute lutte, des contre-indications et des effets secondaires dans les notices contenues dans les boîtes de pilules contraceptives ou d'hormones de substitution, ainsi que la mise sur le marché d'une nouvelle génération de pilules moins fortement dosées.

Dans les années 70 et 80, l'ensemble des activités féministes relatives à la santé se sont focalisées sur les questions de santé sexuelle et reproductive. Dans les années 90, certaines féministes ont pointé les limites de cette approche coupable de reproduire ce qui avait été reproché au corps médical, à savoir réduire la santé des femmes à leur seule santé génésique (Laurence et Weinhouse, 1994 : 9 ; Eckman, 1998). Néanmoins, la dynamique insufflée par les premières actions du mouvement de santé des femmes a été bien plus vaste, favorisant l'apparition dans l'espace public de l'image d'une usagère de la santé active, politisée, consciente de ses droits et non soumise à l'autorité des expert-e-s (Löwy, 2005 : 9).

Un autre aspect du mouvement de santé des femmes aux États-Unis est son impact sur la recherche biomédicale (Eckman, 1998 ; Schiebinger, 2001/2002). En 1990, le National Institute of Health fonde, sous la pression de revendications féministes et professionnelles, un Office of Research on Women's Health (ORWH) chargé de promouvoir à la fois la recherche sur la santé des femmes et l'augmentation du nombre de

femmes actives dans la recherche biomédicale. Jusqu'alors, la plupart des essais cliniques de produits thérapeutiques étaient conduits uniquement sur des individus de sexe masculin et les résultats extrapolés aux femmes, en dépit du fait qu'un certain nombre d'études montraient qu'elles métabolisent différemment les produits et sont deux fois plus nombreuses que les hommes à présenter des réactions indésirables aux médicaments. L'exemple le plus médiatisé fut celui d'une étude sur le rôle de l'aspirine dans la prévention des maladies cardio-vasculaires menée en 1982 sur 22 071 sujets, tous de sexe masculin. Les biais androcentriques de la recherche biomédicale ont alors été dénoncés comme la cause, pour les femmes, de souffrances inutiles, voire de décès. Cette contestation a conduit le gouvernement américain à octroyer une part significative du budget de la recherche biomédicale à des études scientifiques randomisées sur les principales maladies affectant la santé des femmes pré-ménopausées, c'est-à-dire l'ostéoporose, les maladies cardiaques, le cancer du sein et le cancer du colon. Une vaste enquête appelée Women's Health Initiative (WHI), qu'évoquent ici Ilana Löwy et Jean-Paul Gaudillière, a débuté en 1991 avec un financement assuré pour quinze ans.

Cette percée des revendications féministes au sein des instances les plus prestigieuses de la biomédecine donne lieu à des lectures différentes. Londa Schiebinger, figure féministe marquante des études sociales des sciences, y voit une victoire dont on doit se réjouir : « [la] médecine est devenue aux États-Unis le domaine scientifique où les revendications féministes ont été institutionnalisées au plus haut niveau » ; elle se demande dès lors si la médecine ne pourrait pas « servir de modèle à la réduction des inégalités entre les sexes dans d'autres domaines scientifiques » (2001/2002 : 26). À l'opposé, certaines militantes soulignent l'étroitesse du paradigme biomédical et rappellent que bon nombre des problèmes identifiés durant les dernières décennies par le mouvement pour la santé des femmes n'ont toujours pas trouvé de solutions (Morgen, 2002). Enfin, certaines s'inquiètent de l'impact des arguments mobilisés pour imposer la nécessité d'inclure les femmes dans tous les essais cliniques : étendues au fonctionnement de l'ensemble de leur organisme, les différences biologiques entre femmes et hommes se trouvent en effet au cœur du discours déployé à cette occasion (Eckman, 1998).

Les changements survenus dans les années 90 n'ont pas touché que la recherche biomédicale, mais aussi la santé publique. L'institutionnalisation de certaines revendications du mouvement de santé des femmes dans ce domaine découle dans une grande mesure de la mise en œuvre du plan d'action pour l'égalité entre femmes et hommes adopté lors de la 4^e Conférence mondiale sur les femmes de l'ONU qui s'est déroulée à Pékin en 1995, faisant suite à la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire, en 1994 (lors de laquelle ont été énoncées pour la première fois les définitions de la santé reproductive et sexuelle, ainsi que certains droits en matière de santé). Le plan d'action a conduit à la création d'un département « Genre, Femmes et Santé » au sein de l'OMS, et des

secteurs dévolus à la thématique dite de *gender health* ont également été mis en place sur un plan national, selon des modalités diverses, dans plusieurs pays (notamment en Allemagne, au Canada et en Suisse). En France, par contre, aucune structure dédiée aux questions de genre n'a été créée au sein du Ministère de la santé.

Se référant à la fois au modèle bio-psycho-social de la santé et aux débats féministes, les politiques de *gender health* visent à promouvoir «l'égalité des chances entre femmes et hommes dans le domaine de la santé», en prenant en compte les situations spécifiques de ces deux groupes sociaux ainsi que l'impact sur la santé des femmes des discriminations qu'elles subissent. Les documents élaborés distinguent sexe et genre et en proposent une définition succincte³, le sexe renvoyant aux différences biologiques entre femmes et hommes (sur les plans génétique, physiologique et anatomique), le genre aux aspects psychologiques, sociaux et culturels, le plus souvent présentés de façon explicite comme des constructions sociales.

La création de secteurs de *gender health* dans les instances intergouvernementales et nationales confère une légitimité bienvenue aux analyses féministes au sein du monde médical. On peut cependant se demander si l'utilisation de certains termes ne peut s'avérer problématique. Ainsi, il n'est pas exclu que la référence récurrente aux «sexospécificités» ne renforce un différentialisme à la fois biologique et socioculturel, alors même que cette notion vise à mettre en évidence une série de différences justifiant des mesures de *gender health* et questionne la construction sociale des rôles masculins et féminins.

Quand médicalisation et naturalisation se conjuguent

Outre la référence aux mouvements de santé des femmes et à l'institutionnalisation récente de certains de ses apports, un fil rouge parcourt les articles : celui de la médicalisation⁴. Culturellement – et pas dans la seule culture médicale – femmes et maladie (la maladie étant pensée comme l'inverse de la santé, beaucoup plus visible que celle-ci) ont été associées de longue date dans les sociétés occidentales. Les femmes, considérées comme un groupe naturel plutôt que social, représentaient «le sexe faible» : fragiles, à la merci des dérèglements de leurs organes (en particulier de leur utérus), toujours menacées, aux plans physique comme psychique, par des déséquilibres. C'étaient – ce sont – des corps à contrôler,

3. Les sites de ces instances proposent des définitions. Par exemple celui de l'OMS :

www.who.int/gender/fr

Pour la Suisse, voir :

www.bag.admin.ch/gender/f/index.htm

www.genderhealth.ch/

4. Sur cette notion, voir Aïach et Delanoë (1998).

à juguler, à perfectionner par des artifices. La médecine a joué un rôle prépondérant dans la construction d'une vision pathogène du corps des femmes (Elsa Dorlin, dans sa thèse de doctorat, recensée ici par Eleni Varikas, retrace ce processus sur la base d'un corpus de textes médicaux rédigés entre les XVI^e et XVIII^e siècles). Elle devient aussi l'un des principaux agents de contrôle du corps des femmes, au nom de la santé et du bien-être de ces dernières. Loin d'avoir perdu de leur puissance au fil du temps, les discours et les pratiques médicales de surveillance du corps des femmes se sont étendus et amplifiés jusqu'à aujourd'hui, en dépit de contestations et de remises en cause partielles, issues pour la plupart d'entre elles de collectifs ou de critiques féministes.

En ce qu'il touche les femmes, le processus décrit à partir des années 70 sous le terme de «médicalisation» n'est donc nullement récent : leur infériorisation sociale a longtemps été – et continue à être – lue comme une infériorité biologique nécessitant une intervention médicale (un traitement). Les violences qu'elles subissent, mais aussi leurs révoltes contre leur destin social, ont été décryptées principalement dans un registre (psycho-)pathologisant, au travers de catégories telles que l'hystérie, le masochisme, la dépression post-partum, etc. Parallèlement, leur corps a fait l'objet d'investigations, d'intrusions et de prises en charge médicales plus souvent qu'à son tour.

Différents aspects de la médicalisation sont explorés dans les contributions. Le premier consiste à conférer un caractère médical à un phénomène qui a priori ne relève pas de la médecine : la redéfinition hormonale de la ménopause en est un exemple patent. Monique Membrado a choisi d'aborder l'exemple moins évident de l'alcoolisme. Ce problème social est passé de la catégorie de déviance à réprimer à celle de pathologie à traiter, ce qui comporte certains bénéfices. Néanmoins, cette logique semble avoir été poussée plus loin pour les femmes que pour les hommes ; la dépendance des femmes à l'alcool est perçue comme un cas particulier de l'alcoolisme, une forme en quelque sorte «secondaire», d'origine névrotique. L'alcoolisme a en effet été défini – au même titre que bon nombre de phénomènes sociaux, déviants ou non – en fonction d'un référent masculin, posé de façon implicite comme absolu (et universel).

À ces redéfinitions de phénomènes sociaux ou biologiques en tant que problèmes médicaux s'articulent des traitements médicaux. Ce deuxième aspect de la médicalisation est présent dans l'ensemble des articles. Marie Ménoret analyse ici le modèle d'organisation de la prévention du cancer du sein en France. La notion même de «prévention» y est en partie vide de contenu (on ne peut parler au mieux que de «prévention secondaire»), puisque la médecine, qui n'en continue pas moins à bénéficier d'une aura de science salvatrice et éradicatrice, s'avère incapable de parer à la survenue d'un cancer du sein ; tout au plus peut-elle tenter de le guérir une fois qu'il a été dépisté. Le paradigme de la détection précoce s'appuie sur l'assertion que plus vite le cancer du sein sera diagnostiqué, meilleures

seront ses chances de guérison. Or cette thèse n'est pas totalement démontrée. En outre, la médicalisation du cancer du sein élève le fait même d'être femme (du moins, passé l'âge de 50 ans, voire de 40 ans) au rang de facteur de risque. Le processus de médicalisation vient se greffer sur la naturalisation du groupe social des femmes pour faire équivaloir «être femme» à un problème médical. Le rôle de la prévention est tout à fait central dans ce processus. En effet, la médicalisation d'un phénomène social est en quelque sorte parachevée lorsque la médecine parvient à le redéfinir en termes médicaux et qu'elle propose non seulement des thérapeutiques pour le traiter, mais encore des moyens de prévenir les dangers potentiels qu'il recèle. En l'occurrence, il va s'agir de prémunir les femmes contre les risques de «la féminité» elle-même (autrement dit, de la définition naturaliste du fait d'être femme). Dans leur expérience concrète, cela va les conduire à percevoir certains de leurs organes (ici les seins) comme une menace à leur propre santé.

Cette conception implicite des femmes comme êtres biologiquement déséquilibrés n'est pas lisible dans les seuls manuels de médecine ; elle est véhiculée par la plupart des aspects de notre culture occidentale. Notre propos n'est pas d'induire que les troubles seraient une pure invention médicale sans substrat expérientiel, mais d'attirer l'attention sur les effets politiques de notions chargées d'une puissante caution scientifique, dans un système de genre où la domination masculine sur les femmes est légitimée entre autres par l'opération idéologique de naturalisation de ces dernières. La focalisation sur les cycles biologiques des femmes, les dysfonctions de ceux-ci et les troubles comportementaux qui peuvent en découler laisse en outre les hommes «dans un impensé du corps», pour reprendre une expression de Monique Membrado, comme si leur organisme était à la fois moins biologique et moins spécifique que celui des femmes.

L'alliance entre médicalisation et naturalisation des femmes se lit également dans la prise en charge de leur santé mentale. Marie-Laurence Poirel, Berthe Lacharité et Ginette Rousseau nous rappellent que, dans le domaine de la psychiatrie, les femmes sont surdiagnostiquées et surmédicamentées. Les causes sociales de leur détresse psychique (conditions de vie et de travail dans une structure sociale inégalitaire ; charges physiques, mentales, relationnelles qui leur incombent ; difficulté d'accès aux ressources matérielles et statutaires ; violences...) sont minimisées au profit d'une explication en termes de «vulnérabilité naturelle». Les auteures reprochent ainsi aux modèles biomédicaux de la santé mentale de n'atteindre que la part superficielle, symptomatologique, de la souffrance psychique, et de manquer l'essentiel, à savoir la personne, son expérience et son histoire (individuelles *et* sociales).

Médicaliser un problème reviendrait à prétendre qu'un cadre médical en épuise les dimensions principales – de même que la psychologisation d'un problème consiste à en faire une lecture psychologique en gommant ses dimensions historiques, sociales, économiques, etc. – ou à déléguer la

responsabilité de sa prise en charge au seul corps médical. N'oublions pas que, parfois, la médicalisation peut être imposée aux médecins malgré eux ; ce fut le cas pour l'interruption volontaire de grossesse (Ferrand, 1988). Toutefois, on peut se servir de la médecine comme d'une ressource *parmi d'autres* au bénéfice de la santé. Par conséquent, il est contre-productif à nos yeux de dénoncer la médecine en l'assimilant de façon simpliste à une vaste entreprise de médicalisation de la société en général et du corps des femmes en particulier. Le monde de la médecine est pluriel et parcouru de divisions ; en son sein même, des voix se sont toujours élevées contre la médicalisation de phénomènes non pathologiques tels que l'accouchement et la naissance, la ménopause, ou de troubles liés aux modes de vie, tels que la fatigue, l'hyperactivité, le stress ; par ailleurs, les praticien-ne-s en médecine sociale et communautaire sont bien conscient-e-s des aspects sociaux de la santé. Du côté du mouvement de santé des femmes, certains courants féministes ont moins contesté la surmédicalisation et les abus possibles de la médecine et des médecins que revendiqué une attention accrue des instances médicales aux problèmes de santé des femmes, un accès facilité aux services sanitaires pour les femmes socialement défavorisées, ou encore le remboursement de traitements et d'exams de dépistage, par exemple. La demande d'un accès aux soins garanti s'est toujours accompagnée d'une exigence de prise en charge respectueuse, en particulier envers des groupes marginalisés et stigmatisés. Le rapport québécois sur les discriminations vécues par les lesbiennes dans les services socio-sanitaires recensé par Céline Perrin en est un témoignage, de même que les efforts déployés par la Plate-forme Femmes-Dépendances, présentée ici par Valérie Dupertuis.

Les rapports sociaux de sexe sont morbides, bon sang !

Certes, la bonne santé des populations et des individus ne dépend pas d'abord de la médecine. Mais la médecine n'est pas pour autant inutile au recouvrement, ni même au maintien, de la santé. Encore faut-il que les bénéficiaires de ses services (à savoir l'ensemble des citoyen-ne-s susceptibles – et même tenu-e-s, dans les pays riches – d'y recourir régulièrement) puissent exercer un contrôle sur elle : toute institution et toute pratique expertes nécessitent des garde-fous⁵. L'exercice d'un pouvoir de contrôle suppose de disposer de connaissances, qu'il s'agisse d'un contrôle exercé collectivement afin d'éviter certaines dérives de la médecine ou d'un contrôle individuel sur son propre corps et les traitements que d'autres lui font subir.

5. À cet égard, Eliot Freidson plaide pour une citoyenneté des patient-e-s permettant de limiter les prérogatives de la profession médicale : « Je soutiens donc que l'autonomie de la profession pour déterminer en quoi consiste son travail n'a

pas de justification : il est peut-être bon de lui accorder son autonomie pour développer le savoir concrétisé dans son activité, mais non pour déterminer les modes d'application pratiques de ce savoir. » (1984 : 347)

Sur le plan collectif, les mouvements de santé des femmes ont montré leur force de conceptualisation de la santé fondée en premier lieu sur une réappropriation de savoirs médicaux : Rina Nissim, dans le *Parcours* qui lui est consacré, relate entre autres l'expérience des groupes de *self help* et celle du Dispensaire des femmes à Genève où les soins furent pratiqués par des soignantes de formation (para-)médicale et des soignantes sans formation (para-)médicale labellisée. Cette conceptualisation se base en second lieu sur des connaissances négligées par les institutions sanitaires : par exemple, le lien entre la violence subie par les femmes dans leur foyer et leur souffrance psychique n'a pendant très longtemps pas été connu, puis n'a pas été pris en considération par les professionnel-le-s de santé dans leur travail diagnostique et thérapeutique.

Les connaissances dont chacun-e dispose jouent un rôle important dans la possibilité de préserver et de promouvoir sa propre santé et celle d'autrui (notamment de ses proches). Elles fondent de nombreux gestes quotidiens (comment [se] protéger d'accidents ménagers, développer des habitudes alimentaires, de repos – d'«hygiène de vie» – favorables à la santé, etc.). Mais ne tombons pas dans l'hygiénisme ; la santé est d'abord le résultat de bien d'autres choses qui échappent à la médecine et à ces petits gestes sanitaires : les liens sociaux et le support social. La santé et les soins reposent surtout sur les épaules des profanes, et parmi eux surtout sur celles des femmes : la division du travail sanitaire entre femmes et hommes non seulement redit, mais fonde les rapports sociaux de sexe. C'est parce que les femmes sont chargées du *care* – activités et tâches indispensables au fonctionnement social – qu'elles ont moins de temps, de ressources et d'énergie pour disposer de loisirs, mener des carrières, etc. (Cresson, 1995 et 2001). Une telle intrication a été relevée dans le cas du sida, présenté comme un «triple péril» pour les femmes⁶. Celles-ci sont en effet plus exposées à la maladie pour des raisons liées à leur sexe (risque de contamination accru dans les relations hétérosexuelles en raison de la surface de muqueuse exposée, des micro-blessures possibles et de la teneur en virus plus élevée dans le sperme que dans les sécrétions vaginales) et au genre (moindre pouvoir de négociation des femmes dans les relations sexuelles découlant de leur position sociale). Mais elles sont également touchées en tant que mères (susceptibles de transmettre le VIH à leur enfant *in utero*, lors de l'accouchement ou par l'allaitement) et en tant que pourvoyeuses de soins (c'est sur elles que repose la charge des soins des personnes malades du sida et de l'organisation du travail quotidien rendu plus pénible en raison de la perte de jeunes adultes, victimes du sida). On pourrait ajouter à ces trois périls un quatrième, celui de la stigmatisation, qui semble affecter les femmes séropositives plus encore que les hommes (les désignant comme les principales agentes de contamination, renforçant l'assimilation des femmes actives sexuellement à des prostituées et les

6. Cette formule a été popularisée en 1990 par l'organisation Panos London à l'occasion de la Journée mondiale du sida.

prostituées à un danger social), ainsi qu'en témoignent les femmes de l'Association Solidarité Femmes Africaines de Genève, présentée dans les dernières pages de ce numéro.

L'état de santé des femmes est déterminé par les rapports sociaux de sexe. Mais la santé des hommes – dont il est si peu question dans ce numéro – est également compromise par le système de genre (leur surmortalité dans des accidents dus à une prise de risques caractéristique de la virilité en est l'exemple le plus évident). Si les menaces à la santé des femmes et à celle des hommes ne s'équivalent pas, force est de relever que les rapports sociaux de sexe ne sont sains pour personne ; ils affectent l'état de santé des populations en général. Et comme les femmes sont à l'heure actuelle les principales garantes de la santé (la leur, celle des enfants, celle des personnes dépendantes et très âgées, celle des conjoints), on ne peut imaginer un maintien ni surtout une amélioration durable du bien-être physique et psychique dans les sociétés sans une subversion des rapports sociaux de sexe. Aucun doute, la santé est politique. ■

Références

- Aiach, Pierre et Daniel Delanoë (Éd.) (1998). *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Paris : Anthropos-Economica.
- Boston Women's Health Book Collective (1973). *Our Bodies, Ourselves. A Book by and for Women*. New York : Simon and Schuster.
- Cresson, Geneviève (1995). *Le travail domestique de santé*. Paris : L'Harmattan.
- Cresson, Geneviève (2001). «Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes». In Pierre Aiach et al. (Éds), *Femmes et hommes dans le champ de la santé* (pp. 303-328). Rennes : Éd. de l'ENSP.
- Eckman, Anne K. (1998). «Beyond 'The Yentl Syndrome'. Making Women Visible in Post-1990 Women's Health Discourse». In Paula A. Treichler et al. (Eds), *The Visible Woman. Imaging Technologies, Gender, and Science* (pp. 130-168). New York and London : New York University Press.
- Ferrand, Michèle (1988). «Les médecins face à l'avortement». *Sociologie du travail*, 2, 367-380.
- Freidson, Eliot (1984 [1970]). *La profession médicale*. Paris : Payot.
- Laurence, Leslie et Beth Weinhouse (1994). *Outrageous Practices. The Alarming Truth about how Medicine Mistreats Women*. New York : Fawcett Columbine.
- Löwy, Ilana (2005). «Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? Le Women's Health Movement et les transformations de la médecine aux États-Unis». *Travail, Genre et Sociétés*, 14, 89-108.
- Morgen, Sandra (2002). *Into Our Hands. The Women's Health Movement in the United States, 1969-1990*. New Brunswick, N. J. : Rutgers University Press.
- Schiebinger, Londa (2001/2002). «Quelle parité pour la recherche biomédicale ? Dix ans de réformes ont bouleversé le système américain». *La Recherche*, Hors-série, 6, 26-29.

Sommaire

Édito

Marilène Vuille, Séverine Rey, Catherine Fussinger et Geneviève Cresson La santé est politique	4
---	---

Grand angle

Monique Membrado Les femmes dans le champ de la santé: de l'oubli à la particularisation	16
Marie Ménoret Prévention du cancer du sein: cachez ce politique que je ne saurais voir	32
Ilana Löwy et Jean-Paul Gaudillière Médicalisation de la ménopause, mouvements pour la santé des femmes et controverses sur les thérapies hormonales	48
Marie-Laurence Poirel, avec la collaboration de Berthe Lacharité, de Ginette Rousseau et d'un comité de militantes pour la santé mentale des femmes Voix alternatives et féministes dans le champ de la santé mentale au Québec: un survol des expériences croisées des Ressources alternatives en santé mentale et des Centres de femmes	66

Champ libre

Irène Jonas L'antiféminisme des nouveaux «traités de savoir-vivre à l'usage des femmes» ...	82
---	----

Parcours

Catherine Fussinger, Séverine Rey et Marilène Vuille «S'approprier son corps et sa santé». Entretien avec Rina Nissim	98
---	----

Comptes rendus

Magdalena Rosende Laurent Vogel (Éd.): <i>La santé des femmes au travail en Europe.</i> <i>Des inégalités non reconnues</i>	118
Céline Perrin Isabelle Mimeault: <i>Pour le dire. Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes</i>	123
Eleni Varikas Elsa Dorlin: <i>Au chevet de la nation: sexe, race et médecine (XVII^e-XVIII^e s.)</i>	128
Martine Chaponnière Irène Kaufer: <i>Françoise Collin. Parcours féministe</i>	132
Yvonne Guichard-Claudic Colloque: L'inversion du genre ou les logiques complexes de l'avancée en mixité	134
Fabienne Malbois Revue <i>Réseaux</i> : Une communication sexuée?	139

Collectifs

Valérie Dupertuis Plate-forme romande Femmes-Dépendances: pour la prise en compte des spécificités des dépendances des femmes	144
Marilène Vuille L'action de femmes africaines de Genève contre le VIH/sida et l'isolement	148

Notices biographiques	153
------------------------------------	-----

Résumés	158
----------------------	-----

Correspondance, manuscrits, ventes et abonnements

Secrétariat de rédaction NQF:

LIEGE (Laboratoire interuniversitaire en Études Genre)
Université de Lausanne
ISCM – Humense – CH-1015 Lausanne
Info-Liege@unil.ch
Tél. +41 21 692 32 24
www.unil.ch/liege/nqf

La revue est éditée par:

Éditions Antipodes
Case postale 100 – CH-1000 Lausanne 7
editions@antipodes.ch
www.antipodes.ch

La revue est diffusée en librairie par:

Éditions Zoé, rue des Moraines 11, 1227 Carouge (pour la Suisse)
CID, boulevard Saint-Michel 131, 75005 Paris (hors de Suisse)

Conception de la maquette:

DO! L'agence
Pré-de-la-Tour 10 – CH-1009 Pully
www.dolesite.ch

Mise en page: Claudine Daulte, cl.daulte@bluewin.ch

Imprimé par La Vallée, Aoste

Commission paritaire: 75366
ISSN 0248-4951
ISBN 2-940146-76-4

Nouvelles Questions Féministes est soutenue financièrement par:

le LIEGE – Laboratoire interuniversitaire en Études Genre (subventionné par le Programme fédéral à l'égalité des chances et par l'Université de Lausanne),

le Service des droits des femmes et de l'égalité du Ministère délégué à la parité et à l'égalité professionnelle (France),

que nous remercions chaleureusement.