

Article

« L'autonomie des femmes : quelques réflexions-bilan sur un objectif »

Maria De Koninck

Santé mentale au Québec, vol. 15, n° 1, 1990, p. 120-133.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/031545ar>

DOI: 10.7202/031545ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

L'autonomie des femmes : quelques réflexions-bilan sur un objectif

*Maria De Koninck**

À partir de réflexions sur l'autonomie reproductive des femmes, l'auteure soulève des questions sur la signification réelle du cheminement parcouru depuis quelques années. Le contexte actuel des rapports sociaux de sexe ne favoriserait-il pas une biologisation de la féminité caractérisée par une perception négative du corps féminin et de son potentiel reproducteur ? La « libération » des femmes implique-t-elle un rejet du corps féminin et de sa différence ? N'y a-t-il pas lieu, pour éviter les effets pervers de la quête d'autonomie, de la redéfinir en référence aux femmes et non, comme cela semble être actuellement le cas, en référence à un univers masculin ?

La santé des femmes ne peut plus être enfermée dans des limites bio-médicales. La reconnaissance de ce fait, de plus en plus partagée, manifeste en soi un progrès. En effet, depuis quelques années, l'analyse de la condition des femmes en regard de la santé a permis d'identifier et de cerner les interactions entre leur situation, leur état de santé et leur recours aux services. Grâce à cette analyse et à la prise de conscience d'intervenantes et d'intervenants, des ébauches de solutions ont été tracées et de nouvelles pratiques ont vu le jour. Pourtant, plusieurs remises en question s'imposent encore.

Considérée globalement, la condition des femmes québécoises a, depuis le renouveau du féminisme au début des années 70, connu des progrès. Ceux-ci sont particulièrement évidents dans l'accès des femmes à l'éducation, à la formation professionnelle et au marché du travail (Paquette, 1989). Un certain nombre de barrières sont tombées et on voit maintenant des femmes dans divers métiers et professions. Par contre, si on en retrouve en médecine et en droit, on en compte encore peu dans le domaine des sciences et du génie. Leur répartition entre les différentes disciplines demeure donc toujours un objectif. Il en va ainsi de la place qu'elles occupent en politique active : leur représentation n'y a toujours rien à voir avec la proportion de l'électorat qui est la leur, bien que la situation s'améliore lentement.

C'est dans la question de la violence faite aux femmes que l'on observe ce qui m'apparaît comme l'un des indices les plus significatifs des progrès réalisés. En effet, la violence persiste et le soutien apporté aux femmes qui la subissent demeure insuffisant ; mais la violence est maintenant

* L'auteure est professeure à l'Université Laval. Elle tient à remercier Madame Micheline Beauregard, qui a accepté de réviser la première version de ce texte.

dénoncée. De plus, malgré le fait que ce n'est encore que la violence physique qui fasse véritablement l'objet de réprobation, le voile se lève sur la violence psychologique. La dénonciation de la violence, en plus de révéler l'ampleur insoupçonnée de cette réalité, traduit un changement. Elle nie aux hommes toute prétention indue à la propriété du corps et de la personne des femmes, prétention dont la violence est une des manifestations. La réprobation sociale actuelle des comportements violents témoigne d'une évolution des mentalités.

Autre signe des temps, certaines dimensions psycho-sociales de la situation des femmes sont prises en considération dans les services socio-sanitaires. L'analyse sociale progresse dans le domaine de la santé ; les rapports entre les conditions socio-économiques, les habitudes de vie qui en découlent et l'état de santé sont de mieux en mieux établis. Ces analyses se font particulièrement au sujet des femmes ; conséquemment, les services qui les concernent augmentent et sont mieux adaptés à leurs besoins¹.

Mais surtout, les femmes prennent la parole à propos de leurs conditions de vie et des changements qu'elles souhaitent. Le nombre imposant de regroupements de femmes², les pratiques alternatives qu'elles ont développées et continuent de concevoir traduisent la vitalité du mouvement des femmes : dans le domaine de la santé, la mise sur pied de centres de santé, la thérapie féministe, les pratiques d'auto-santé, etc. Or, cette prise de parole se situe dans un contexte où les femmes ont encore peu de pouvoir. Celle-ci risque alors d'être interprétée et utilisée par d'autres. L'intégration des revendications des femmes à une réalité multidimensionnelle, caractérisée par des rapports sociaux de sexe encore inégaux, donne aux « progrès » une orientation qui peut sembler une amélioration. Cependant, cette amélioration correspond plutôt à une redéfinition souvent assortie d'effets pervers, c'est-à-dire d'effets indésirables qui découlent ou sont associés à un changement par ailleurs souhaité.

Dans le domaine de la santé, l'objectif principal qui a servi au ralliement des femmes en Amérique du Nord au cours des dernières années a été celui d'une plus grande autonomie. Au départ, la définition de cet objectif semblait clair : il s'agissait pour les femmes, d'une part, de rompre leur dépendance par rapport aux institutions et aux professionnels et, d'autre part, d'agir sur les conditions à l'origine de cette dépendance (Ehrenreich et English, 1978 ; De Koninck et al., 1983). Cet objectif a été et continue d'être poursuivi sur plusieurs fronts ; il repose sur la conviction que les femmes sont les agentes principales de leur santé. Notons, en santé reproductive, la recherche de moyens permettant de faire le choix d'être ou de ne pas être mère ; remarquons aussi les revendications et les pratiques alternatives pour humaniser les soins entourant la grossesse et l'accouchement. En santé mentale, il faut souligner les efforts pour redéfinir les problématiques et créer de nouvelles approches afin que les femmes exercent un meilleur contrôle sur leur environnement.

L'objectif d'autonomie garde donc aujourd'hui toute sa pertinence. Les constats sur la situation actuelle aussi bien que sur le chemin parcouru forcent toutefois à la réflexion quant à la définition de cette autonomie.

Quelle autonomie les femmes ont-elles gagnée au cours des dernières années ? Abordée sous l'angle de l'autonomie reproductive, cette question révèle la complexité du cheminement des femmes et les pièges inhérents aux conditions dans lesquelles celui-ci s'inscrit. Nous allons voir comment, au fil de leur vie, de la puberté à la ménopause, les expériences liées à leur capacité de reproduction les font dépendre des experts, malgré l'apparition de moyens perçus a priori libérateurs.

L'autonomie reproductive

Pourquoi privilégier l'autonomie reproductive dans une réflexion-bilan sur la santé ? Sans remonter nécessairement jusqu'aux sources de l'oppression des femmes, on doit admettre que, la reproduction étant au cœur des rapports entre les sexes, il s'agit là d'une question centrale. Elle fut particulièrement importante dans le renouveau du féminisme à la fin des années soixante, les femmes s'étant mobilisées sur la question de l'avortement (Brodeur et al., 1982). Cette mobilisation, à laquelle était accolé le slogan « Nous aurons les enfants que nous voulons », visait l'appropriation par les femmes du contrôle de leur potentiel reproducteur et de leur reproduction effective. Ce contrôle était alors exercé par les hommes, notamment au sein du mariage et des institutions juridiques, religieuses et médicales. La bataille était surtout axée sur le droit à l'avortement et sur l'accès à la contraception, problèmes concrets auxquels les femmes étaient (et demeurent) confrontées. L'analyse semblait alors fort simple : les femmes ne sauraient jouir d'autonomie tant qu'elles ne pourront exercer le contrôle sur leur propre corps et ses fonctions reproductives. Fait déterminant, ces revendications s'inscrivaient dans une situation sociale où la contrainte dominante était perçue comme la contrainte à la reproduction ; les femmes étaient essentiellement définies comme mères, leur équilibre personnel et celui de leur communauté reposant sur l'accomplissement de ce rôle selon des normes solidement établies (Guyon et al., 1983).

Des progrès ont été réalisés à l'égard de cet enfermement dans le rôle de mère. En témoignent la présence des femmes et la diversité de leurs fonctions sur le marché du travail ; notons entre autres que le taux d'activité des femmes est passé de 27,9 % en 1961 à 52,3 % en 1987 (Paquette, 1989). Mais ces progrès, y compris celui assurant un meilleur accès à la contraception, méritent d'être scrutés de plus près. Ils semblent en effet reposer sur une définition négative non pas des *conditions* dans lesquelles se vivait et se vit encore souvent l'expérience sociale de la reproduction, mais sur une focalisation défigurante de l'*expérience elle-même*. La démarche des dernières années, sous plusieurs de ses aspects, s'est en quelque sorte effectuée dans la confusion entre cette expérience même et son encadrement social.

La dénonciation par les femmes des contraintes sociales entourant la maternité a été interprétée comme une remise en cause de cette expérience en tant que telle, c'est-à-dire comme si la maternité en soi était, selon une lecture féministe réductrice, le fondement de la situation d'infériorité des femmes. Certaines auteures ont par ailleurs favorisé une telle lecture. Ainsi en est-il de Simone de Beauvoir (1951) et plus récemment d'Élisabeth Badinter (1986). D'une telle analyse découle forcément une perception de la mise au monde des enfants comme un problème dont les femmes doivent être libérées. Il ne s'agit plus alors de les aider à choisir de vivre ou à ne pas vivre la maternité, ou à choisir le nombre d'enfants qu'elles souhaitent avoir, mais plutôt d'éviter la maternité, son contingent de problèmes et les limites sociales qu'elle impose. Ultimement, ce glissement dans l'interprétation conduit à la perception négative des femmes, lieu principal de la reproduction. Qui plus est, cette vision étant associée aux revendications des femmes et plus spécifiquement des féministes, celles-ci se voient accuser de déni de la féminité.

La biologisation de la féminité

Une telle approche négative du potentiel reproducteur des femmes, associée à l'identification de leur situation d'infériorité comme corollaire des caractères féminins, n'est pas inoffensive. Ses conséquences multiples se manifestent sur plusieurs plans. La préséance du biologique dans la définition des femmes constitue l'un des aspects les plus insidieux de cette approche. Les développements scientifiques récents ont donné des assises plus solides que jamais au discours sur la pseudo-vulnérabilité des femmes. La vision des femmes, victimes de leurs hormones, loin d'avoir régressé au cours des dernières années, consolide l'équation féminité = fragilité = danger. Selon une telle vision, il faut continuellement intervenir sur les hormones des femmes, de l'adolescence à l'âge mûr, pour permettre à ces dernières d'échapper à leur « destin » et d'avoir une vie dite normale : contraceptifs, hormones pour pallier le syndrome prémenstruel, hormones pour stimuler les ovaires afin de les amener à procréer, thérapie hormonale à la ménopause. Voilà quelques jalons modernes du rapport des femmes à un corps dont le problème majeur devient ainsi la capacité reproductive, ce corps ayant continuellement besoin d'un réajustement hormonal.

Cette conception du corps comme source de problèmes et de déséquilibres agit sur la perception que les femmes ont d'elles-mêmes et, conséquemment, sur leur rapport aux institutions de santé. Il est évident que la capacité procréatrice des femmes comporte une part d'inconvénients et de risques à leur propre santé ; toutefois, il ne s'agit pas là de la caractéristique principale de leur fonction reproductive. L'image actuellement dominante est celle du corps d'abord problématique et porteur de risques. Associé à la nature défaillante que la science peut améliorer et même sauver d'une menace inhérente, le corps féminin doit en conséquence être pris en charge

et contrôlé (Shorter, 1982). Il va sans dire que toute cette imagerie autour d'un corps de femme supposé inadéquat colore bien des attitudes sociales.

Les menstruations : une pathologie

Le rapport des femmes à leur corps et à son potentiel reproducteur est, quant à lui, façonné à partir de différentes expériences, mais aussi par la définition culturelle de ces expériences. C'est à ce titre qu'intervient la perception dominante des menstruations. Les rites entourant l'apparition des premières règles témoignent de l'importance de ce moment comme identification à la féminité et donc de la perception de la féminité dans une société donnée (Golub, 1983). On a souvent prétendu que les menstruations faisaient et auraient fait l'objet de tabous dans toutes les cultures. Or, d'une part, cette perception est remise en cause parce qu'elle s'avère simpliste et qu'elle est le résultat de l'analyse d'anthropologues masculins ayant interprété la culture des femmes à partir de leurs propres critères (Buckley et Gottlieb, 1988) ; d'autre part, on sait que la perception que les femmes ont de leurs menstruations n'est pas la perception négative qu'on leur a longtemps attribuée (Snowden et Christian, 1983). C'est pourquoi nous assistons avec moins de tolérance à leur médicalisation. Ce processus est cependant cohérent avec notre culture et traduit de façon moderne la perception négative d'une expérience corporelle féminine (Olesen et Woods, 1986). Sa manifestation la plus éloquente est l'approche du syndrome prémenstruel pour lequel, il va sans dire, on propose une thérapie hormonale. Le fait qu'un inconfort puisse être liée aux menstruations et que des situations pathologiques existent semblent suffire pour justifier la biologisation de la féminité par la généralisation d'un besoin de correction « scientifique » (Rome, 1986 ; Lander, 1988).

Lorsque les femmes ne sont plus en âge de procréer, elles ne se soustraient toujours pas à cette définition hormonale de la féminité et de ses faiblesses. La définition de la ménopause en Occident est en effet d'abord bio-médicale. Ce caractère ressort notamment des études anthropologiques qui constatent la diversité de cette expérience selon les cultures (Beyene, 1989). À une lecture bio-médicale correspond une solution de même nature pour les problèmes qui peuvent se présenter. C'est ainsi que la thérapie hormonale est souvent présentée comme la « solution » au vieillissement des femmes. Ici aussi, ce qui porte à controverse est le glissement de la thérapie « curative » à une vision globale d'un phénomène. Cette thérapie, on le sait, n'est pas exempte d'effets secondaires et fait l'objet d'évaluations contradictoires (NWHN, 1989). Indépendamment de cet aspect, ce qu'il faut souligner ici, c'est la cohérence de cette définition de l'expérience de la ménopause et du vieillissement avec celle des expériences féminines qui l'ont précédée. On lui associe un manque, celui d'hormones, auquel il faut suppléer, confirmant une fois de plus que le corps des femmes est porteur de leur aliénation et que la science et la technique peuvent remédier à cette faille. Femme/nature, femme/faiblesse, c'est encore

cette image que rencontrent les femmes, malgré l'expérience de vie qu'elles ont alors derrière elles. Elles n'en sont toujours pas quittes avec la dépendance envers les experts qui, une fois de plus, sauront les délivrer de leur nature.

Le potentiel reproducteur : un corps piégé

Dès les premières menstruations apparaît la nécessité sociale du contrôle du corps féminin. Contrôler la fécondité des jeunes femmes a ainsi pris le pas sur une démarche visant à les laisser apprivoiser leur corps, afin d'apprendre à l'aimer et à en connaître les possibilités plutôt que d'en craindre les méfaits. Pourtant, ne serait-ce pas là le sens d'une démarche allant vers une plus grande autonomie ? La peur de la grossesse est devenue l'axe privilégié pour aborder la question de la santé chez les adolescents (Charbonneau et al., 1989). Il ne s'agit certes pas de nier les problèmes associés aux grossesses indésirées, notamment la pauvreté dans laquelle se retrouvent les jeunes mères célibataires, ni de remettre en cause les efforts visant à les pallier. Il ne s'agit pas non plus de remettre en question le recul de l'âge de la première grossesse, facteur déterminant pour permettre aux femmes de se préparer à une vie qui n'est pas exclusivement définie par leur fécondité³. Il s'agit plutôt de placer en relief la vision dominante des adolescentes et de leur potentiel reproducteur. Quels sont les effets pervers de la diffusion des méthodes contraceptives dans un contexte de rapports sociaux de sexes empreints d'inégalité ? Alors que l'on peut s'inquiéter à juste titre de l'ignorance de la contraception chez un certain nombre de jeunes femmes, on peut aussi s'interroger avec profit sur les conséquences de l'utilisation de méthodes dures⁴ telles les anovulants par d'autres adolescentes.

Cette dernière forme de contraception, la plus populaire chez les jeunes femmes (Rochon, 1989A), les inscrit rapidement dans le cycle des « corrections » hormonales auxquelles elles risquent de recourir toute leur vie. Une réflexion s'impose : dans quelle mesure cette « prévention » est-elle adéquate ? Combien de jeunes femmes ont effectivement besoin d'une contraception continue, alors que leurs rapports sexuels procréateurs sont périodiques ? La question mérite d'être soulevée prioritairement dans la perspective du rapport que les jeunes femmes développent avec leur corps, sur lequel elles interviennent pour se protéger d'une éventuelle grossesse. Cette pratique, cohérente avec la perception d'un corps à contrôler, doit être replacée dans le champ plus large de l'expression sexuelle, et choisie comme étant la plus adéquate dans les circonstances (rapports sexuels fréquents et réguliers, difficulté du recours à des méthodes de « barrière »). Sinon, la contraception devient l'expression de la recherche d'un contrôle sans faille et l'assurance d'une disponibilité sexuelle dont la pertinence doit toujours être évaluée.

De plus, sur le plan de la santé physique, la question des effets secondaires de certains contraceptifs donne également peu de prise à la

réflexion sur leur impact. Les inquiétudes suscitées par la controverse sur les effets des contraceptifs oraux se sont atténuées avec l'amélioration de ces derniers. Par contre, des études récentes formulent à nouveau l'hypothèse d'une association entre les contraceptifs oraux et l'augmentation du risque de cancer du sein, surtout chez celles qui en commenceraient l'usage très jeunes (Olsson et al., 1989). L'argument opposé à cette hypothèse est qu'une grossesse chez une adolescente présente plus de risques que la prise d'anovulants. Voilà un exemple très clair d'un type d'évaluation privilégiée, où le critère de référence est le moindre mal. Il serait pourtant instructif de situer cette comparaison dans la perspective plus large de la sexualité des adolescents, sans confondre celle-ci avec un risque de grossesse.

La disponibilité sexuelle qui résulte du recours à la contraception dure reflète l'inégalité des rapports entre les sexes, tout en poursuivant un objectif louable en soi de plus grande autonomie. Si les femmes ont réclamé l'accès à la contraception, c'était bien pour avoir plus de liberté et augmenter leurs possibilités de faire des choix. Or, qu'en est-il de cette possibilité de choisir ? Les jeunes femmes d'aujourd'hui sont-elles plus souvent contraintes aux rapports sexuels procréateurs parce que la contraception est disponible ? Quelle est leur marge de manœuvre dans leur vie sexuelle ? Peut-on poser l'hypothèse que l'accessibilité de la contraception a créé une contrainte à la sexualité procréatrice ?

Le problème actuel des maladies transmises sexuellement est un autre volet de la situation découlant de l'orientation de la démarche adoptée. Les séquelles laissées par les MTS, particulièrement chez les jeunes femmes qui n'ont pas eu d'enfants et qui se découvrent stériles, démontrent qu'il s'agit bel et bien là d'un volet de la problématique plus large de l'autonomie reproductive⁵.

Quelles sont aujourd'hui les possibilités réelles de choisir d'être mère ou non ? Les femmes n'ont-elles pas plutôt perdu « le choix de ne pas choisir », pour reprendre les termes de Barbara Katz Rothman (1984), qui se référait alors à la situation des femmes confrontées à une décision relative au diagnostic prénatal. Quelles pratiques les femmes doivent-elles s'imposer pour « ne pas prendre de chance » ? Dans les débats entourant la question de l'avortement, combien de fois entendons-nous des propos comme : « si une femme ne veut pas d'enfant, elle n'a qu'à prendre la pilule ». Peut-on sérieusement soutenir que la pratique de la contraception est envisagée dans son contexte psycho-social plus large ?

Le nombre important de grossesses à l'adolescence (Rochon, 1989B) nous met pourtant devant une réalité : la situation des adolescentes est complexe ; réduire leur sexualité et leur potentiel reproducteur à la seule biologie peut avoir comme effet de les marginaliser socialement.

Le « contrôle » de la fécondité fait aujourd'hui partie de la vie des femmes. La forme qu'il revêt soulève des interrogations, puisque « dès l'âge de 35-39 ans, une majorité de femmes ont subi une ligature de trompes

(46 %) ou une hystérectomie (7 %), ou ont un conjoint vasectomisé (13 %), de sorte que les deux tiers des femmes de cet âge sont stérilisées ou ont un conjoint stérilisé » (Rochon, 1989A, 31). Ces chiffres doivent être considérés dans un contexte de recherche d'une plus grande autonomie reproductive. S'agit-il là d'un choix des femmes ? Quelle interprétation peut-on proposer au fait que le nombre de femmes de 25 à 29 ans qui subissent une ligature des trompes excède 3 000 annuellement (MSSS, 1988) ? Est-ce à dire que l'autonomie reproductive passe par le renoncement à une option dès l'âge de trente ans ? Une étude de Marciel-Gratton (1987) nous apprend que ce « choix » peut s'accompagner de regrets, surtout chez les femmes stérilisées jeunes. Ce fait semble confirmé par les demandes formulées auprès de cliniques de fertilité, puisqu'une partie d'entre elles proviennent de femmes qui ont été stérilisées (MSSS, 1988). Par ailleurs, une étude américaine récente retrace le cheminement des femmes qui délaissent la pilule. Ce cheminement ne conduirait pas directement à la stérilisation. Les femmes recourent entretemps à d'autres méthodes (Pratt et Bachrach, 1988), ce qui indique une recherche de formule alternative.

Ces divers éléments révèlent la complexité de la situation. On ne tient souvent pas assez compte des revendications des femmes pour une contraception conforme à leurs besoins et qui ne soit pas nocive à leur santé. Cette double exigence disparaît derrière des considérations sur l'efficacité des méthodes, comme si ce dernier caractère justifiait les effets secondaires et même, dans certains cas, l'irréversibilité de la méthode⁶.

La question de l'avortement témoigne pour sa part de la dichotomie entre responsabilités et droits en matière de reproduction. Au cours de l'été 1989, le recours d'un homme à l'injonction pour empêcher son ex-compagne d'interrompre volontairement une grossesse a été sanctionné au niveau d'une première cour de justice⁷. Finalement rejetée par la Cour Suprême du Canada, cette utilisation d'une mesure juridique, assortie des arguments développés par les juges de la Cour d'appel du Québec pour justifier leur approbation, a jeté un éclairage particulier sur les glissements entre responsabilités et droits. Ce cas spécifique a eu l'avantage de clarifier les enjeux des rapports sociaux de sexes en matière d'interruption volontaire de grossesse. Dans le contexte de rapports inégaux entre les sexes, la forme que revêtent ces enjeux est la suivante : droit de regard des hommes sur le potentiel reproducteur des femmes, mais responsabilités mal définies ; responsabilités des femmes par rapport aux enfants qu'elles portent, mais peu de droits sur leur propre corps.

L'enfantement : le corps porteur de risques

C'est au moment de la grossesse et de l'accouchement qu'une perception négative du corps se manifeste le plus éloquemment. Tout au long de la préparation prénatale, l'édiction de règles à suivre et l'identification de problèmes potentiels dominant sur l'expression de l'expérience et l'appropriation des multiples dimensions qu'elle comporte. Médicalement définie,

cette expérience est officiellement épurée des appréhensions, des peurs, des angoisses et même de la plénitude. À l'instar de la recherche d'Anne Quéniart (1988) qui constatait l'imprégnation de l'expérience de la grossesse par l'idéologie du risque, une recherche menée auprès de femmes qui venaient de vivre un accouchement m'a permis de constater que plusieurs d'entre elles se percevaient comme une menace à leur propre santé et à celle de l'enfant qu'elles portaient. Elles ne se percevaient pas comme créatrices, ni ne définissaient leur contribution comme celle du don de vie ; la création dans l'enfantement ne venait pas d'elles-mêmes, mais de la médecine et de la technique qui les libéraient de la menace associée à la nature qu'elles incarnaient. En effet, ce qu'elles craignaient le plus dans l'enfantement, c'était ce qui pouvait venir d'elles-mêmes. Le seul impondérable dans cet événement maintenant surveillé et contrôlé par la technologie était ce qui pouvait advenir dans leur corps. *Le risque et la menace à leur propre santé et à celle de leur enfant reposaient en leur sein.* La perception d'elles-mêmes comme seul élément naturel subsistant dans l'enfantement les amenait à se définir comme porteuses de failles auxquelles la science et la technique pouvaient et devaient remédier. Certaines allaient même jusqu'à vouloir se rendre le moins visibles possible, afin de ne pas nuire aux interventions. Leur unique certitude dans les circonstances était celle de la valeur d'une expertise qui leur était étrangère (De Koninck, 1988).

Le contrôle du corps et du comportement des femmes au moment de la grossesse et de l'accouchement dont l'une des assises est le besoin de ce contrôle que ressentent les femmes, besoin que j'ai pu constater au cours de ma recherche, m'apparaît comme une dimension significative de l'évolution des dernières années. Se traduit là une nouvelle forme d'appropriation de la capacité reproductive des femmes. Ainsi, plusieurs de celles qui ont partagé avec moi leur expérience m'ont affirmé qu'elles avaient besoin qu'on leur propose une interprétation de ce qu'elles ressentaient et qu'on leur dise comment se comporter. Or, aux États-Unis, ce contrôle sur les femmes va jusqu'à leur emprisonnement (Churchville, 1988), leur mise en quarantaine, ou l'émission d'ordres de cour pour les enjoindre de se conformer à des directives médicales ou de se soumettre à des interventions (Irwin et Jordan, 1987) ; et tout cela au nom des droits du fœtus, droits distincts et mis en opposition à ceux de la mère. Quelques cas au Canada s'inscrivent dans la même approche (Clement et al., 1988). La vision de la mère, menace à l'enfant qu'elle porte, est cohérente avec cette vision du corps des femmes source de leur aliénation. Elle justifie de plus la médicalisation et la technicisation sans limites de la vie reproductive des femmes. Ce n'est pas un hasard si les efforts menés pour contrer cette tendance se heurtent à de fortes résistances. Ainsi en est-il des tentatives pour légaliser la pratique des sages-femmes comme moyen de favoriser l'autonomie des femmes dans la grossesse et l'accouchement.

De la contrainte à la non-reproduction vers la contrainte de l'enfant à tout prix

Le développement des technologies dans le domaine de la reproduction humaine révèle, par ailleurs, combien la recherche des femmes pour une plus grande autonomie est définie par le contexte dans lequel elle s'inscrit. Alors que, pour certaines femmes, la contrainte dans leur vie reproductive est une contrainte à la non-reproduction, d'autres au contraire sont entraînées dans une recherche de fertilité à tout prix. Or, il s'agit là d'une situation qui n'est pas aussi paradoxale qu'elle ne le paraît a priori. Les pressions exercées sur les femmes sont subtiles, et malgré l'évolution, la stérilité (et non pas l'absence d'enfant) demeure un stigmate auquel les femmes ainsi identifiées cherchent à échapper (Ouellet, 1988). Leur situation, souvent créée sans véritable fondement, fruit notamment de manipulations statistiques, est récupérée pour élargir les possibilités d'interventions scientifiques dans le domaine de la reproduction. L'appropriation de la capacité reproductive des femmes par la science est le résultat des recherches où le corps de celles-ci est souvent un simple objet d'expérimentation, comme en témoignent les derniers développements d'hormones utilisées pour stimuler les fonctions ovariennes (Klein et Rowland, 1989). Au corps défaillant des femmes, on substitue la technique, ce qui contribue à niveler l'expérience masculine et l'expérience féminine de la reproduction. Les technologies reproductives remettent ainsi en cause la pérennité de la reproduction humaine au centre de laquelle se trouve l'expérience féminine.

L'autonomie reproductive : une question sociale

L'exercice du choix d'avoir ou non des enfants est donc loin d'être exclusivement biologique. Aussi, la réflexion sur l'autonomie reproductive ne peut être posée essentiellement en ces termes. Cet exercice dépend aussi des conditions sociales. Deux facteurs clés interreliés méritent d'être soulevés ici à ce titre. Le premier est le statut socio-économique des mères, le second est l'articulation du rôle de mère avec les autres rôles sociaux. Avoir des enfants signifie pour plusieurs être pauvres. Selon les données de Renée Dandurand (1988), on compte un taux réel de 20 % de familles monoparentales dont plus de 80 % ont à leur tête une femme et, parmi ces dernières, 62 % vivent sous le seuil de pauvreté (Santé Québec, 1989). On réplique parfois, devant ces chiffres, que certaines femmes choisissent maintenant d'avoir des enfants seules. Il s'agit là effectivement d'une réalité, mais qui n'est pas statistiquement significative (Rochon, 1989A) et est loin de constituer de ce fait une réponse. Elle soulèverait même une question : pourquoi certaines femmes décident-elles d'avoir des enfants seules ? Quel sens faut-il attribuer à une telle décision ?

On continue par ailleurs d'exiger des femmes qu'elles performant : performance au travail rémunéré et performance comme mère. Voilà le cadre dans lequel s'inscrit actuellement l'exercice de l'autonomie reproductive. Combien de femmes sont maintenant acculées à faire ce que l'on dit

être un « choix ». Pour évaluer ce choix, il faut en identifier les enjeux réels. La question véritable demeure donc : à l'intérieur de quelles limites s'exerce ce choix d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants ? Dans leur quête d'autonomie, quelles conditions rencontrent les femmes pour concilier la maternité parallèlement à d'autres fonctions sociales, sans que ce ne soit au prix de leur santé ?

Où en sommes-nous ?

La situation actuelle des femmes québécoises, si on la compare à celle des femmes des générations précédentes, a connu des changements importants. Elles ne sont plus, comme leur mères et leurs grands-mères, condamnées à demeurer avec un conjoint qui les opprime ; sur le plan strictement épidémiologique, elles ne meurent plus en couches et leur espérance de vie s'est grandement améliorée. Ces conditions sont tangibles et se démarquent de celles de beaucoup de femmes d'ailleurs. Par contre, ces « progrès » ne sont pas aussi tranchés qu'on le prétend parfois. La qualité n'est pas nécessairement en adéquation avec la quantité ; les progrès ont impliqué un prix à payer qu'il faut considérer quand on cherche à exporter ces « gains » vers les sociétés « moins avancées ». Ce prix, c'est celui de la féminité/maternité dont on a accepté une définition négative, sans réaliser nécessairement qu'elle menaçait les femmes. Le potentiel reproducteur des femmes, qui leur échappe de plus en plus, est pourtant perçu par les scientifiques comme une source de puissance, comme le pouvoir sur la vie. Les dés semblent pipés. Les femmes ne peuvent avoir de véritable autonomie sans renoncer à la féminité/maternité (essence et non construction sociale parce que la féminité est par définition vulnérabilité). Source de vulnérabilité chez elles, le potentiel reproducteur devient puissance dans les mains des experts. Voilà la conséquence de l'inscription d'une démarche vers l'autonomie dans un contexte de rapports sociaux de sexe inégaux. Ces considérations m'amènent à une question : ne devons-nous par redéfinir l'objectif d'autonomie en nous référant aux femmes et non à un univers masculin, si l'autonomie des femmes doit signifier autre chose que disparition de celles-ci ?

NOTES

1. Le thème du congrès de la Fédération des CLSC tenu en octobre 1989 était la santé des femmes ; les aspects considérés intégraient la réalité socio-économique des femmes.
2. Le dernier répertoire publié en 1988 par le Conseil du Statut de la femme recense au-delà de 1 000 groupes et associations féminines.
3. Il est maintenant reconnu que l'âge au mariage et l'âge à la première grossesse est un des facteurs sur lesquels il faut intervenir pour améliorer la condition des femmes. D'une part, la durée de la vie féconde est déterminante et, d'autre part, la scolarisation en vue d'une plus grande autonomie financière implique que les années de l'adolescence puissent se dérouler sans charge parentale.

4. L'expression « contraception dure » réfère aux méthodes qui agissent sur le système (hormones) ou impliquent une intervention sur le corps, qu'elles soient réversibles ou non (dispositif intra-utérin, stérilisation). On les distingue des méthodes « douces » qui réfèrent plutôt aux méthodes de barrière tel le diaphragme, la cape cervicale ou le condom.
5. Les statistiques actuelles sont impressionnantes. Une des MTS les plus répandues est la chlamydia, asymptomatique chez les femmes ; on lui associe des inflammations pelviennes dont une partie provoquent la stérilité ou des grossesses ectopiques qui à leur tour peuvent provoquer la stérilité (Noël, 1987).
6. Il me paraît important de revenir souvent sur cette question de moindre mal. Il s'agit là, selon moi, de l'un des pièges les plus importants, qui fait en sorte d'écarter les femmes du processus de définition à la fois de ce qu'elles-mêmes considèrent comme étant le problème et de la solution qu'elles privilégient. Les politiques d'implantation du planning familial dans certains pays du Tiers-Monde ont si peu de subtilité qu'elles nous forcent à voir jusqu'où cette logique peut conduire : stériliser massivement les femmes sans leur consentement pour protéger leur santé ! (Karkal et Pandey, 1989).
7. Il s'agit de la cause Daigle/Tremblay qui a fait la manchette des journaux québécois en juillet 1989.

Références

- BADINGER, Élisabeth, 1986, *L'un est l'autre : des relations entre les hommes et les femmes*, Éditions Odile Jacob, Paris.
- DE BEAUVOIR, S., 1951, *Le deuxième sexe*, Collection Idées, Gallimard, Paris.
- BEYENE, Y., 1989, *From Menarche to Menopause, Reproductive Lives of Peasant Women in Two Cultures*, State University of New York Press, Albany.
- BORDO, S.R., 1989, « The body and the reproduction of femininity : a feminist approach of foucault » in Jaggar, A.M., Bordo, S. R., Eds, *Gender/Body/Knowledge*, Rutgers University Press, New Brunswick and London.
- BUCKLEY, T., GOTTLIED, A., Eds, 1988, *Blood Magic, The Anthropology of Menstruation*, University of California Press, Berkeley.
- BRODEUR, V. et al., 1982, *Le mouvement des femmes au Québec*, Centre de formation populaire, Montréal.
- CHARBONNEAU, L., et al., 1989, *Adolescence et fertilité : Une responsabilité personnelle et sociale*, La périnatalité au Québec 2, Ministère de la Santé et des services sociaux, Québec.
- CHURCHVILLE, V., 1988, D.C. woman is jailed to protect her fetus, *The Washington Post*, Saturday, July 23, 1,8.
- CLEMENT, C., et al., 1988, Reproductive rights eroded away, *Healthsharing*, 9, n° 2, 3-4.
- DANDURAND, R., 1988, *Le mariage en question*, Institut Québécois de Recherche sur la Culture, Québec.
- DE KONINCK, M., 1988, *Femmes, enfantement et changement social : le cas de la césarienne*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Laval, Québec.
- EHRENREICH, B., ENGLISH, D., 1978, *For Her Own Good*, Anchor Press Doubleday, New York.

- GOLUB, S., Ed., 1983, *Lifting the Curse on Menstruation*, Haworth Press, New York.
- GUYON, L., SIMARD, R., NADEAU, L., 1983, *Va te faire soigner, t'es malade*, Stanké, Montréal/Paris.
- IRVING, S., JORDAN, B., 1987, Knowledge, practice and power: court ordered cesarean sections, *Medical Anthropology Quarterly*, 1, n° 3, 319-334.
- KARKAL, M., PANDEY, D., 1989, *Studies on Women and Population, A critique*, Himalaya Publishing House, Bombay.
- KATZ-ROTHMAN, B., 1984, The meaning of choice in reproductive technology in Arditti, R., Duelli-Klein, R., Eds, *Test-tube Women, What Future for Motherhood*, Pandora Press, Boston.
- KLEIN, R., ROWLAND, R., 1989, Hormonal cocktail, women as test-sites for fertility drugs, *Woemn's Studies Int. Forum*, 12 n° 3, 333-348.
- LANDER, L., 1988, *Images of Bleeding*, Menstruation as Ideology, Orlando Press, New York.
- MARCIL-GRATTON, N., 1987, Le recours précoce à la ligature des trompes au Québec: des suites indésirables?, *Sociologie et sociétés*, 19, n° 1, 83-95.
- Ministère de la Santé et des services sociaux. 1988, *Rapport du comité de travail sur les nouvelles technologies de reproduction humaine*, Québec.
- National Women's Health Network, 1989, *Taking Hormones and Women's Health: Choices, Risks and Benefits*, NWHN, Boston.
- NOEL, L., 1987, *Les causes de la salpinigite (PID): Synthèse de la littérature*, Hôpital du St-Sacrement, Département de santé communautaire, Québec.
- OLSSON, H., MOLLER, T.R., RANSTAM, J., 1989, Early oral contraceptive use and breast cancer among premenopausal women: final report from a study in southern Sweden, *Journal of the National Cancer Institute* 81, n° 13, 1000-4.
- OUELLET F.-R., 1988, L'expérience de l'infertilité féminine vécue sous assistance médicale, *Sociologie et sociétés*, XX, n° 1, 13-32.
- OLESEN, V.-L., WOODS, N., FUGATE, Eds, 1986, *Culture, Society and Menstruation*, Hemisphere Publications, New York.
- PAQUETTE, L., 1989, *La situation socio-économique des femmes*, Faits et chiffres, Québec, Les publications du Québec.
- PRATT, W.F., BACHRACH, C.A., What do women use when they stop using the pill?, *Family Planning Perspectives* 19, n° 6, 257-266.
- QUÉNIART, A., 1988, *Le corps paradoxal, regards de femmes sur la maternité*, Montréal, Éditions St-Martin.
- ROCHON, M., 1989A, La vie reproductive des Québécoises, *Les Cahiers québécois de démographie* 18, n° 1, 15-59.
- ROCHON, M., 1989B, la fécondité et la grossesse à l'adolescence; une analyse démographique in Gendron, C., Beaugregard, M., Eds, *L'avenir santé au féminin*, Gaétan Morin Éd., Boucherville.
- ROME, E., 1986, Premenstrual syndrome (PMS) examined through feminist lens in Olesen V.L., Woods, N. Eds, *Culture, Society and Menstruation*, Hemisphere Publications, Boucherville.

Santé Québec, 1989, *Les familles monoparentales/Et la santé, ça va ?*, Les Publications du Québec, Québec.

SHORTER, E., 1982, *A History of Women's Bodies*, Basix Books, New York.

SNOWDEN, R., CHRISTIAN, B., 1983, *Patterns and Perceptions of Menstruation*, A world Health Organisation International Collaborative Study, St Martin's Press, New York.

Summary

The author reflects on women's reproductive autonomy and raises questions on the true significance of advancements in feminism in recent years. Does today's context of social interaction between sexes not promote a biological femininity characterized by a negative perception of the feminine body and of its reproductive potential? Does women's « liberation » not imply the rejection of the feminine body and of its difference? In order to avoid the perverse effects of the search for autonomy, is it not more appropriate to redefine the feminine body with reference to women instead of with reference to the male universe, as it seems to be the case today?