

# La théorie des interactions symboliques et les enjeux de l'entrée massive des femmes en médecine

Francine Dufort

Volume 5, Number 2, 1992

Femmes au travail

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/057699ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/057699ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Recherches féministes

ISSN

0838-4479 (print)

1705-9240 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Dufort, F. (1992). La théorie des interactions symboliques et les enjeux de l'entrée massive des femmes en médecine. *Recherches féministes*, 5(2), 57–78. <https://doi.org/10.7202/057699ar>

Article abstract

The massive increase in the number of women entering medicine in Quebec may help modify the role and status of the medical profession. Women may encourage the humanization of this professional role ; they may also contribute to an increase in the number of salaried physicians and accentuate the segmentation of the profession between general and specialized care fields. Until now most of the studies about women in medicine were empirically based and did not make it possible to outline meso and macrosystemic factors which must be taken into account in the acquisition and evolution of this highly institutionalized professional role. In this paper, the author presents a framework based on symbolic interactionism theory to analyse the process of acquiring the physician's role. The conceptual framework identifies factors influencing the acquisition of this professional role by women and leads to a better understanding of the issues underlying the massive entry of women in medicine.

# La théorie des interactions symboliques et les enjeux de l'entrée massive des femmes en médecine

Francine Dufort

Depuis le début des années 1960, le nombre des femmes s'orientant vers la médecine n'a cessé d'augmenter en Amérique du Nord. Cette entrée massive des femmes en médecine, plus prononcée au Québec que dans le reste du Canada ou qu'aux États-Unis (Association of Canadian Medical Colleges 1988 : 20), pourrait avoir un impact sur le statut de la profession et sur le rôle des médecins. Les femmes seraient susceptibles de contribuer au clivage de la profession, entre la médecine générale et la médecine spécialisée, de même qu'à l'accentuation du salariat. Cet accroissement du salariat pourrait entraîner un déclin du statut de la profession puisqu'il irait de pair avec une intervention accrue de l'État et avec une baisse de l'autonomie professionnelle (Dussault 1988 : 125). En revanche, la présence accrue des femmes en médecine pourrait encourager l'humanisation de ce rôle professionnel.

Des études américaines menées auprès des premières femmes en médecine ont en effet montré que celles-ci accordaient généralement plus d'intérêt que leurs confrères aux aspects humains et sociaux de leur rôle professionnel et valorisaient moins les revenus, le prestige, la sécurité, soit les aspects extrinsèques de ce rôle (Kaufman-Cartwright 1972 : 213 ; Funkenstein 1978 : 81).

Plus récemment, des recherches menées au Québec auprès de médecins (Maheux et Dufort 1989 : 61 ; Maheux et Dufort 1990 : 90) et auprès d'étudiantes et d'étudiants de différents niveaux de formation (Dufort 1991 : 97) indiquent que les femmes accordent, en moyenne, plus d'importance que les hommes aux dimensions humaines, psychosociales et multidisciplinaires de leur rôle. Les résultats de l'enquête effectuée auprès des étudiantes et étudiants montrent cependant que les différences liées au genre sont plus prononcées en début qu'en milieu ou en fin de formation, phénomène laissant ainsi croire à un effet d'uniformisation attribuable à la formation médicale.

Les distinctions les plus grandes entre les femmes et les hommes en médecine portent cependant sur les choix professionnels. Jusqu'à présent, les

femmes ont surtout opté pour la médecine générale. Celles qui se sont spécialisées se sont concentrées en pédiatrie, en psychiatrie et en spécialités de radiologie et de laboratoire. Par contre, elles ont été presque absentes du champ des spécialités chirurgicales et des surspécialités (Dedobbeleer *et al.* 1979 : 41).

Depuis leur entrée en médecine, les femmes ont également privilégié la pratique en milieu institutionnel, optant souvent par le fait même pour le salariat (Kehrer 1976 : 531). Au Québec, ce phénomène est clairement illustré par la composition de l'effectif des médecins généralistes travaillant dans les centres locaux de services communautaires (CLSC), médecins salariés pour une large part. Déjà en 1986 cet effectif était constitué de plus de 48 p. 100 de femmes alors que l'effectif total des généralistes se composait de 25 p. 100 de femmes (Dufort *et al.* 1989).

Quelques études indiquaient cependant que l'éventail des spécialités choisies par les femmes en médecine tendait à s'élargir. Ces études ont enregistré une hausse d'intérêt de la part des femmes pour l'obstétrique-gynécologie, la neurologie et la médecine interne, accompagnée d'une baisse d'intérêt pour la pédiatrie et la psychiatrie (Wunderman 1980 : 59).

Malgré cet élargissement de l'éventail des spécialités choisies par les femmes, des différences importantes selon le genre persistent et ne semblent pas près de disparaître. Encore récemment, une enquête effectuée dans les trois facultés de médecine francophones du Québec montre que les femmes, même en majorité, continuent à privilégier, dans une plus forte proportion que les hommes, la médecine générale et familiale. Celles qui s'orientent vers une spécialité chirurgicale optent dans une large proportion pour l'obstétrique-gynécologie. Ces tendances sont légèrement plus marquées chez les finissantes que chez les débutantes (Dufort 1991 : 101).

Jusqu'à présent, les chercheuses et chercheurs se sont intéressés à décrire les valeurs, attitudes et choix professionnels des femmes en médecine. Les raisons invoquées pour expliquer leurs observations n'ont été que pures spéculations et n'ont pas fait l'objet de recherches systématiques et théoriquement bien appuyées. La majorité des études a été de type empirique et s'est limitée à un point de vue microsystemique, la plupart invoquant les attributs des femmes pour expliquer leur conception du rôle de médecin ou leurs choix professionnels. Cela a contribué à occulter les facteurs d'ordre méso et macrosystemique entrant nécessairement en ligne de compte dans l'acquisition et l'évolution d'un rôle professionnel très fortement institutionnalisé comme l'est celui de médecin.

Dans cet article, l'auteure propose d'examiner la venue des femmes en médecine à partir de la théorie des interactions symboliques. Cette démarche consiste à préciser divers concepts à la base de cette théorie mettant l'accent sur les dimensions micro et mésosystemiques, cela en intégrant les travaux récents ayant permis d'élargir cette perspective théorique à des dimensions macrosystemiques (institutions et structures sociales). La démarche conduisant à l'élaboration d'un cadre de référence, servant à l'analyse des facteurs à la base du processus d'acquisition du rôle de médecin, vise à obtenir une meilleure compréhension des enjeux liés à l'entrée massive des femmes en médecine.

## La théorie des interactions symboliques et l'acquisition des rôles

La théorie des interactions symboliques, initialement élaborée par G.H. Mead en 1934, affirme que la participation d'une personne à un groupe social dépend largement de sa compréhension de l'environnement symbolique du groupe et de son habileté à fonctionner avec ce système de symboles.

Chaque individu possède et développe, tout au long de son existence, une identité constituée d'une structure unique de significations lui servant à décoder divers environnements symboliques. Lorsqu'une personne adhère à un groupe social particulier et acquiert un rôle, elle s'inspire des significations acquises à travers sa socialisation antérieure pour définir et exécuter ce nouveau rôle.

Chaque groupe social possède également une identité qui lui est propre et les membres qui le forment partagent obligatoirement un ensemble commun de significations. Lorsqu'une personne se joint à un groupe, elle est donc appelée à adopter un ensemble de significations particulier à ce groupe. Dans le cas d'un rôle professionnel, cela s'effectue à travers le processus de socialisation professionnelle.

Comme le nom de la théorie l'indique, l'interaction, tout comme le symbole, est un concept clé de l'interactionnisme symbolique. L'humain et l'organisation sociale ne peuvent être compris sans l'analyse des interactions. Quand deux ou plusieurs personnes interagissent, leurs identités changent, leurs rôles sont recréés, chaque personne influence l'action de l'autre et oriente ses propres actions sur la base des actions de l'autre. L'interaction forme les conduites humaines plutôt qu'elle n'est un moyen d'expression des conduites. L'interaction est donc un processus formatif et des contextes d'interactions différents auront des conséquences différentes sur l'action.

L'interaction sociale est essentiellement un épisode de la socialisation à travers laquelle les croyances sont vérifiées, agies, modifiées. Du point de vue interactionniste symbolique, la socialisation est un processus continu, cumulatif et réciproque. Continu puisque la personne est sans cesse confrontée à de nouvelles informations qui contribuent à modifier son identité, la conception de ses rôles et l'opérationnalisation qui en découle. Cumulatif, en ce sens que l'identité et les rôles acquis antérieurement servent à définir les nouveaux rôles, d'où les stéréotypes utilisés par les individus, aussi bien pour se décrire que pour définir les autres ou prévoir leurs actions. Réciproque, car l'individu est à la fois objet et agent de sa socialisation. La personne est modelée par les interactions, lesquelles sont influencées par la structure sociale, mais quand plusieurs individus modifient leurs patrons d'interactions, ultimement c'est la structure sociale qui change.

Chaque personne reste flexible et, lorsqu'elle juge que certaines significations ne sont pas appropriées au rôle qu'elle veut acquérir, elle est capable de développer et de communiquer de nouvelles significations au groupe. Elle est en mesure d'influencer d'une façon originale le groupe auquel elle veut adhérer (Stryker 1981 : 16).

L'intérêt de l'approche interactionniste symbolique réside avant tout dans ce postulat de réciprocité voulant que la personne et la société soient toutes deux actives dans la définition des rôles et dans la détermination des conduites qui s'y rattachent. Cet intérêt tient également au postulat selon lequel les significations données aux rôles et aux conduites qui en découlent, dépendent largement des contextes interactionnels dans lesquels ces rôles et ces conduites prennent place.

Les transformations sociales sont plus susceptibles de s'exprimer de façon marquée dans des groupes où les individus ont des pouvoirs comparables ou quand les nouvelles conceptions d'un rôle sont partagées par un grand nombre d'individus. L'apparition de nouvelles conceptions et opérationnalisations d'un rôle dépendra largement des structures dans lesquelles les situations d'apprentissage du rôle sont imbriquées (Stryker et Serpe 1982 : 205).

Les changements occasionnés par la socialisation peuvent être transitoires et sans conséquence pour l'individu ou l'organisation sociale ou, au contraire, peuvent être durables. La personne peut modifier ses relations dans un esprit de coopération mais ne pas continuer à employer cette nouvelle façon d'interagir dans d'autres situations, ou, à l'opposé, elle peut imposer une nouvelle conception du rôle qui sera largement acceptée par le système social. Toutefois les changements de rôles qui surgissent de cette façon requièrent des volontés à la fois individuelles et sociales. C'est seulement lorsqu'un nombre appréciable d'individus ont créé un ensemble de relations coordonnées et différentes de celles prévalant antérieurement que les rôles sociaux changent. Selon Heiss (1981 : 120) et Landry (1989 : 175), plus les personnes ont reçu une socialisation antérieure différente de celle des responsables de la socialisation, plus elles sont susceptibles d'endosser une conception particulière de leur rôle. Lorsque de nouvelles conceptions ne peuvent surgir à la faveur des interactions, des opérationnalisations particulières du rôle sont adoptées par les individus. Dans ces circonstances, le principe de continuité implique souvent l'utilisation des stéréotypes.

Bien que la socialisation des individus s'effectue à la faveur des interactions sociales, elle peut se continuer même lorsque l'individu n'est pas en relation avec d'autres, grâce à son habileté à imaginer les réponses des autres. Ce phénomène renvoie à deux autres concepts clés de la théorie interactionniste symbolique : la prise de rôle et « l'autre généralisé-e » (*Generalized Other*).

La prise de rôle, préalable à l'acquisition d'un rôle, essentielle au développement de l'identité et de la société, correspond à la capacité de la personne à prendre la place des autres en imagination et à prévoir leurs réponses à l'action qu'elle-même compte entreprendre. La prise de rôle est à la base de la société parce que ce processus de coopération est nécessaire au maintien de toute société organisée. La coopération n'est possible que si chaque individu est capable de prévoir l'action générale des autres membres de la communauté, c'est-à-dire « l'autre généralisé-e ».

Le type de prise de rôle dans lequel l'individu s'engage dépend en partie de la situation dans laquelle s'effectue cette prise de rôle. Les interactionnistes se sont surtout intéressés aux situations d'interactions mais, comme l'a montré Powers (1981 : 297), diverses conditions structurelles tendent à être associées à

des types particuliers de prise de rôle. La place occupée par les individus dans une hiérarchie est notamment importante. Les personnes qui occupent les positions supérieures d'une structure sociale peuvent avoir moins de raisons de prendre en imagination la place des autres que celles occupant les échelons inférieurs et pour lesquelles il est crucial de saisir et de prévoir les actions des autres. Par ailleurs, la pression à s'engager dans une prise de rôle visant à s'approprier certaines des significations des autres apparaît plus clairement quand la conformité est définie comme nécessaire au maintien d'un certain statut ou quand l'adhésion à un nouveau groupe social est recherchée. Le processus de prise de rôle et de dialogue interne avec « l'autre généralisé-e », qui lui est associé, mène à la fusion entre l'identité personnelle et le ou les rôles sociaux (Powers 1981 : 287).

« L'autre généralisé-e » est une communauté ou un ensemble de groupes sociaux qui procure à une personne son identité, son unité. Parce que les interactions sont diverses, « l'autre généralisé-e » est un phénomène complexe plutôt qu'univoque. En prenant le rôle de plusieurs ou de quelques-uns, et en intégrant les significations de ces personnes ou groupes, l'individu intériorise « l'autre généralisé-e » avec qui un dialogue interne est alors possible. « L'autre généralisé-e » surgit toujours des interactions sociales, mais le dialogue interne que la personne tient en imagination avec « l'autre généralisé-e » peut se continuer sans qu'il soit soutenu par les interactions.

Selon les situations et les rôles impliqués, « l'autre généralisé-e » prendra la forme d'un groupe restreint et facilement identifiable ou celle d'une communauté large et difficile à circonscrire. La plupart du temps l'individu agit dans un contexte de perspectives multiples et a la capacité de prendre le rôle des nombreux groupes représentant chacun une perspective et de s'approprier des éléments de chacune de ces perspectives pour créer, modifier sa propre identité. Powers (1981 : 289) soutient cependant que la création est plus probable lorsque l'interaction s'échelonne sur une période de temps relativement longue ; autrement les individus ont tendance à interagir sur la base des stéréotypes.

Turner (1985 : 34) mentionne pour sa part qu'en mettant l'accent sur les interactions et en voulant faire objection à la notion déterministe des rôles, tels que conçus notamment par les structuro-fonctionnalistes, les interactionnistes-symboliques n'ont pas suffisamment développé ou précisé la notion de rôle. Celle-ci s'avère pourtant utile puisqu'elle relie l'individu à la société. Le rôle fournit un cadre de référence initial aux interactions, permet aux individus de développer leur identité et leur procure un cadre pour évaluer leurs conduites. La notion de rôle et les processus qui l'entourent nécessitent d'être précisés et intégrés à un cadre conceptuel plus large que celui des interactions.

Selon Turner (1985 : 27), l'acquisition d'un rôle doit tout d'abord être comprise comme un processus dynamique et complexe plutôt que comme un strict processus de conformité à des normes ou à des attentes sociales. Le rôle doit faire référence à une « gestalt » plutôt qu'à un répertoire de comportements. La personne retient des significations plutôt qu'elle n'apprend des comportements.



Les rôles ne sont pas fixes et parfaitement déterminés mais négociés à la faveur des interactions. La conception et l'opérationnalisation d'un rôle et tous les processus créatifs qui lui sont associés sont en constante opération, même dans les situations les plus rigidement définies.

De fait, l'individu organise et interprète les différentes attentes sociales en fonction de ses propres buts et opinions et oriente sa conduite selon ce processus d'interprétation et d'organisation complexe. Le rôle devient à la suite de ce processus un ensemble de significations partagées. La conception et l'opérationnalisation d'un rôle sont donc des compromis qui ne reflètent pas nécessairement les buts et opinions véritables des divers participants et participantes.

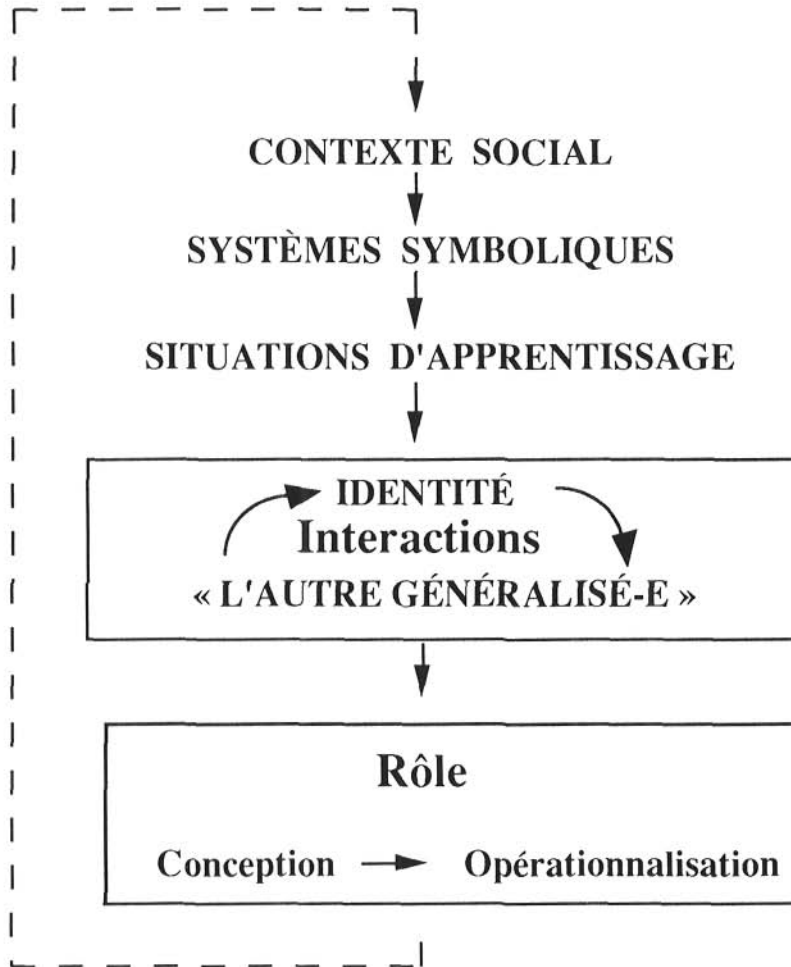
C'est dans la compréhension de ces processus complexes d'interactions que les concepts issus de la théorie interactionniste symbolique sont utiles, que ce soit le concept d'identité, celui de prise de rôle, ou celui de « l'autre généralisé-e ». Turner maintient toutefois qu'il faut reconnaître l'importance des structures sociales et en analyser l'impact sur ces processus.

Les rôles sont donc des ensembles de significations partagées, organisées à la faveur des interactions. Pour employer un terme cher à Turner, chaque rôle est une « gestalt » des buts à atteindre, des opinions au sujet des conduites et des opérationnalisations envisagées par la ou le titulaire, la future ou le futur titulaire du rôle. Cette « gestalt » est également fondée sur les perceptions que la personne a des attentes des divers groupes ou individus avec lesquels elle interagit. Ces interactions sont influencées par les situations, les systèmes symboliques et le contexte social dans lesquels elles se déroulent.

L'acquisition d'un rôle par une personne ou un groupe particulier d'individus dépendra donc de son identité, de « l'autre généralisé-e », des systèmes symboliques et du contexte social dans lequel les situations d'interactions sont imbriquées. Le schéma 1 illustre ce processus d'acquisition d'un rôle social.

La conception qu'auront de leur rôle professionnel les nouvelles venues en médecine et l'opérationnalisation qu'elles envisageront pour ce rôle, découleront de leur identité particulière, c'est-à-dire de leur capacité à créer de nouvelles significations ou, au contraire, à adopter les significations déjà proposées par « l'autre généralisé-e ». C'est à la faveur des interactions qu'elles intégreront et interpréteront les significations multiples et complexes. Les interactions entre ces nouvelles venues et « l'autre généralisé-e », constitué-e principalement des personnes qui contribuent à leur formation professionnelle, seront elles-mêmes influencées par le système symbolique prévalant en médecine ainsi que par le contexte social dans lequel les situations d'acquisition du rôle seront imbriquées.

Schéma 1  
Processus d'acquisition d'un rôle





## **Les facteurs influençant l'acquisition du rôle professionnel des femmes en médecine**

La théorie des interactions symboliques a donc permis d'élaborer un schéma conceptuel pouvant servir à l'analyse du processus d'acquisition du rôle de médecin étant donné l'entrée massive des femmes dans les facultés de médecine. Ainsi, dans les pages qui suivent, un examen de la production scientifique portant sur la socialisation de sexe permettra d'abord d'évaluer jusqu'à quel point les femmes, de par leur appartenance à une catégorie sociale de sexe, possèdent une identité particulière susceptible d'influencer leur conception du rôle de médecin et son opérationnalisation.

Par la suite, une description des caractéristiques de l'environnement dans lequel étudiantes et étudiants sont en interaction au cours de la formation médicale permettra d'établir quels groupes ou personnes formeront « l'autre généralisé-e » avec qui un dialogue interne sera établi. Les situations d'apprentissage dans lesquelles se déroulent ces interactions seront également décrites en fonction de leur impact possible sur les processus de conception et d'opérationnalisation du rôle de médecin.

Enfin, le schéma conceptuel rappelle que les situations d'apprentissage sont fortement influencées par les systèmes symboliques en vigueur et par le contexte social qui prévaut. Les systèmes symboliques propres à la médecine ainsi que le contexte social québécois seront examinés en fonction de leur impact sur la conception et l'opérationnalisation du rôle de médecin. Les sociétés étant en constante évolution, il faut évaluer si la société québécoise valorise une conception globale, plutôt que strictement biologique, du rôle du médecin et si celle-ci est favorable à une répartition différente des rôles entre les sexes.

### **L'identité sexuelle**

Dans la majorité des sociétés, le contenu de la socialisation est différencié selon le sexe des individus (Mackie 1987 : 78). C'est en effet par l'entremise de ce processus que les femmes et les hommes sont appelés à jouer des rôles sociaux culturellement définis comme étant appropriés à leur sexe (Marini et Brinton 1984 : 195).

De nombreuses études montrent en effet que les messages de socialisation, différenciés selon les sexes, contribuent à développer des attributs plus étroitement associés à l'un ou l'autre sexe ou à accentuer certains caractères biologiques déjà existants (Deaux 1985 : 50). De multiples travaux de recension et d'analyse rigoureuse effectués par Rosenthal et Rubin, Block et Deaux, aux États-Unis, par Mackie, au Canada, et Serbin, au Québec, servent ici à tracer les grandes lignes de ce vaste domaine de recherche.

Les études recensées peuvent être considérées, comme l'a fait Deaux (1985 : 55), en fonction des trois domaines conceptuels suivants : les habiletés cognitives, les traits psychologiques et les comportements sociaux. Les

auteur-e-s s'entendent sur quelques grandes conclusions concernant les distinctions entre les femmes et les hommes mais émettent certaines réserves concernant l'ampleur et l'immutabilité des différences observées.

Il ressort d'abord des recherches portant sur les habiletés cognitives que les femmes possèdent généralement de meilleures habiletés verbales que les hommes mais que ceux-ci ont en contrepartie de plus grandes habiletés visuo-spatiales.

Les recherches portant sur les traits psychologiques révèlent pour leur part que les femmes sont en général plus empathiques et coopératives que leurs homologues masculins. Elles se décrivent et sont perçues comme généreuses, sensibles et préoccupées par autrui tandis que les hommes se dépeignent et sont perçus comme actifs, agressifs, explorateurs et compétitifs.

Certains des traits psychologiques observés se reflètent dans les comportements sociaux. Dès leur plus jeune âge, les garçons démontrent plus d'agressivité que les filles. Cela se traduit par plus d'agressions verbales et gestuelles de leur part.

Par ailleurs, les femmes semblent réagir davantage aux pressions sociales que les hommes. Les recherches démontrent que les femmes sont plus prêtes à se rallier au groupe afin d'éviter les désaccords. Selon Deaux (1985 : 61), ces comportements pourraient s'expliquer en partie par la position de chaque individu à l'intérieur de son environnement. Souvent les femmes occupent des statuts subalternes alors que les hommes détiennent les positions de pouvoir. Ces positions rendent les individus de l'un et l'autre genre différemment vulnérables à la pression sociale. Les femmes apparaissent notamment plus enclines à se conformer à la pression sociale dans les situations où elles perçoivent que les enjeux ne relèvent pas de leur expertise.

Enfin, les femmes accordent plus d'importance au soutien et aux réseaux intimes tandis que les hommes privilégient plutôt la solidarité et les réseaux plus étendus. Les femmes sont plus engagées dans des activités sociales et maintiennent une plus grande proximité physique avec les gens avec lesquels elles échangent. Cela se remarque dans les regards, les contacts physiques et la distance entre les personnes. Les femmes démontrent une plus grande aptitude que les hommes à décoder les messages non verbaux. Cette dernière particularité pourrait être attribuable à des prédispositions biologiques ou, ici encore, au statut des femmes dans la société. Les personnes ayant moins de pouvoir seraient plus motivées à prédire le comportement des personnes plus puissantes (Deaux 1985 : 61).

La méta-analyse de ces études comparatives indique néanmoins que les différences liées au sexe sont minces ; elles expliquent généralement moins de 5 p. 100 de la variance des variables à l'étude, qu'il s'agisse d'habiletés, de traits ou de comportements (Hyde 1981 : 896 ; Henley 1985 : 117). De plus, il s'agit là de différences de moyenne ; des variations individuelles considérables existent. Des différences peuvent aussi être apparentes dans la population générale mais ne pas être présentes dans des groupes particuliers. Les distinctions ne sont pas non plus constantes d'une situation à l'autre. Elles dépendent de

l'évaluation subjective que font les personnes des situations dans lesquelles elles sont impliquées ainsi que de leur position dans l'environnement.

De plus, lorsque les différences sont présentes, elles peuvent être facilement éliminées ou atténuées par une formation appropriée (Deaux 1985 : 56). Enfin les changements enregistrés au cours des vingt dernières années, en ce qui a trait notamment à l'amélioration des habiletés visuo-spatiales des femmes, montrent que les habiletés cognitives liées au sexe ne sont pas immuables (Rosenthal et Rubin 1982 : 711 ; Serbin 1987 : 69).

Il semble donc que la socialisation antérieure à l'entrée en médecine puisse influencer la conception que les étudiantes se font de leur rôle et les choix professionnels qu'elles envisagent. Les attributs que les femmes développent au cours de la socialisation primaire coïncident avec les préoccupations des étudiantes pour les aspects humains et sociaux du rôle de médecin et avec le choix de certains modes d'exercice. Les différences entre les femmes et les hommes sont toutefois peu prononcées. Néanmoins, comme les recherches tendent à le démontrer, l'influence de la socialisation sur le développement ou le maintien d'attributs particuliers à chaque sexe dépend en bonne partie de l'environnement social dans lequel cette socialisation se déroule et de la position des personnes dans cet environnement.

### **L'environnement social duquel émerge « l'autre généralisé-e » : les facultés de médecine**

L'environnement social des facultés de médecine québécoises francophones s'est radicalement modifié dernièrement en ce qui a trait à la représentation numérique des étudiantes et des étudiants. En effet, après avoir été longtemps minoritaires au sein de ces institutions, les étudiantes forment depuis le début des années 1980 plus de la moitié de l'effectif étudiant, toutes étapes de formation confondues (Association of Canadian Medical Colleges 1988 : 20).

Des études sur les dynamiques internes dans les groupes professionnels où se retrouvent femmes et hommes indiquent que la proportion des femmes présentes au sein de ces groupes peut avoir des effets marqués sur la conception des rôles et sur l'exercice de ces rôles, donc sur les choix professionnels (Kanter 1977 : 988 ; Landry 1989 : 171). Lorsque les femmes forment moins de 35 p. 100 d'un groupe, elles font face à trois phénomènes perceptuels : la visibilité, la polarisation et l'assimilation. Elles seraient effectivement plus visibles et donc plus facilement identifiées à leur catégorie sociale ; les différences entre elles et les dominants seraient exagérées, polarisées ; elles seraient finalement largement assimilées à la culture dominante.

Par contre, lorsque les femmes sont plus nombreuses et représentent au moins 40 ou 50 p. 100 du groupe, elles forment une masse critique susceptible de modifier la dynamique du groupe, d'imposer une nouvelle définition des rôles et d'orienter leur carrière d'une façon leur convenant mieux. Les phénomènes

de visibilité, de polarisation ou d'assimilation sembleraient alors ne plus jouer (Kanter 1977 : 966).

Izraeli (1983 : 163) souligne toutefois l'importance de distinguer entre dominance numérique et dominance institutionnelle. Cette chercheuse maintient que les groupes sociaux ayant dominé longtemps une institution, en l'occurrence *les hommes dans le cas de la médecine, ont modelé la culture* de cette institution, en ont déterminé les normes et les règles d'interactions et affirme que cette culture ne peut être neutralisée uniquement par l'arrivée, même massive, d'individus appartenant à une catégorie sociale différente.

Par ailleurs, en médecine, la socialisation professionnelle étant encore largement assumée par des hommes, qui dans la majorité des cas possèdent une formation hautement spécialisée, les interactions restent largement influencées par une conception plutôt technique du rôle de médecin et par une façon stéréotypée d'exercer ce rôle. Selon Ehrenreich et English (1982 : 75) et Lorber (1984 : 3), il y aurait aussi en médecine un parrainage de la part des professeurs qui contribuerait à orienter et à limiter les choix professionnels des femmes.

L'environnement social des facultés de médecine est donc à cet égard peu susceptible d'encourager l'apparition chez les femmes de nouvelles conceptions du rôle professionnel et de nouvelles façons de l'exercer. À l'appui de cette affirmation, le tableau 1 montre que l'effectif des professeures des facultés de médecine québécoises s'est maintenu entre 10,6 et 11,5 p. 100 entre 1981 et 1987. Exception faite des disciplines non classifiées, la médecine est celle où l'on a enregistré la plus forte baisse du nombre absolu de femmes malgré une hausse de leur part relative dans l'ensemble du corps professoral. Alors qu'entre 1981 et 1987, les femmes, professeures de carrière des universités québécoises ont augmenté en nombre dans presque toutes les disciplines, un taux de croissance négatif de -15,7 p. 100 a été observé en médecine au cours de la même période. Cependant, l'impact des interactions sur l'acquisition d'un rôle ne dépend pas uniquement des actrices et acteurs en présence; les caractéristiques des situations dans lesquelles s'effectue la socialisation professionnelle peuvent également être déterminantes.

### **Les situations d'apprentissage de la médecine**

Au cours de leur formation universitaire, les étudiantes et étudiants se trouvent dans diverses situations d'apprentissage. Trois grands moments sont habituellement considérés, à savoir la formation préclinique, la formation clinique et la résidence (Shuval 1980 : 15).

C'est au début de la formation préclinique que les attributs développés au cours de la socialisation primaire sont plus susceptibles de se manifester, aussi bien dans la conception que dans l'opérationnalisation du futur rôle professionnel. Si les situations d'apprentissage sont favorables, la création peut être encouragée chez les étudiantes dès cette étape cruciale. Au début de cette étape de formation, les femmes démontrent un intérêt marqué pour les aspects sociaux et humains du rôle de médecin. Il est donc possible de déceler à travers ces tendances un potentiel créateur quant à la façon de concevoir ce rôle.

**Tableau 1 : Évolution des effectifs féminins en proportion du corps professoral total dans chaque discipline et taux de croissance des effectifs féminins Québec 1981-1987**

	Pourcentage des effectifs féminins							Taux de croissance* 1987/1981
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	
Médecine	10,7	10,6	10,7	11,4	11,4	11,5	11,3	-15,7
Périmédical	12,6	13,1	13,9	12,6	15,1	13,8	14,7	+16,6
Paramédical	79,0	74,7	73,4	79,0	72,3	74,6	72,0	-6,5
Sc. pures	7,2	7,3	6,8	7,2	7,4	8,1	8,8	+59,8
Sc. appliquées	3,7	4,0	3,8	3,7	3,7	3,4	3,5	-3,9
Sc. sociales	16,0	17,2	17,0	16,0	18,5	19,1	19,0	+33,7
Éducation	28,9	29,0	27,4	28,9	27,5	28,0	27,7	-11,7
Administration	9,8	10,2	11,3	9,8	12,2	13,0	13,8	+75,4
Arts	28,9	30,6	30,0	28,9	30,1	31,4	31,3	+15,3
Lettres	23,7	23,8	23,4	23,7	24,8	25,2	27,7	+10,7
Droit	17,0	17,6	17,0	17,0	19,7	20,8	21,9	+35,9
Non classifiable	14,9	14,8	15,5	14,9	18,7	14,3	16,7	-71,7

Source : Enquêtes sur le personnel enseignant (EPE) des universités québécoises de 1981 à 1987. Conférence des recteurs et des principaux des universités québécoises.

\* Le taux de croissance est calculé à partir du nombre de femmes dans chacune des disciplines en 1981 et en 1987.

Malheureusement les situations d'apprentissage qui prévalent sont loin d'être propices aux longs échanges nécessaires à l'émergence de nouvelles significations. D'une part, les connaissances théoriques sont transmises en grande partie sous la forme de cours magistraux, ce qui n'encourage pas les interactions. De plus, de nombreuses personnes sont responsables de l'encadrement pédagogique. À l'Université de Montréal notamment, 400 professeur-e-s donnent, en moyenne, moins de trois heures de cours magistraux aux étudiantes et étudiants des trois premières années de médecine (Faculté de médecine de l'Université de Montréal 1990 : 1). D'autre part, le rôle professionnel n'est exécuté qu'en imagination ou dans des contextes artificiels.

C'est au cours de la formation clinique et de la résidence que les étudiantes et les étudiants peuvent remplir concrètement le rôle de médecin et, cela, dans un large éventail de situations : médecine générale, chirurgie, obstétrique-gynécologie, pédiatrie, etc. Ce processus ne semble toutefois pas avoir permis aux étudiantes de se démarquer puisque femmes et hommes adoptent des conceptions très semblables du rôle professionnel, sauf en ce qui a trait au travail



multidisciplinaire pour lequel les femmes montrent plus d'intérêt. Lors de la formation clinique et de la résidence, la performance du rôle s'effectue dans des contextes d'encadrement pédagogique variés et plus informels qu'à l'étape préclinique. Le degré d'encadrement qu'étudiantes et étudiants reçoivent varie grandement selon le milieu hospitalier et selon les responsables de la supervision. L'ensemble de ces contextes d'apprentissage est toutefois marqué par des systèmes symboliques communs et propres à la médecine.

### **Les systèmes symboliques prévalant en médecine**

George Herbert Mead définit le symbole comme un stimulus comportant déjà en lui la ou les réponses qu'il suscite. Il décrit un système symbolique comme un ensemble de moyens que les personnes, dans un contexte donné, utilisent pour indiquer aux autres quelles significations elles donnent à certains objets ou événements et quelles réponses elles émettraient à l'égard de ces objets ou événements.

Comme la profession médicale a été jusqu'à récemment presque exclusivement réservée aux hommes, ce sont eux qui ont largement établi les systèmes symboliques à travers lesquels les interactions et les situations d'apprentissage ont été définies. Cela s'est traduit, d'une part, par la valorisation d'une neutralité scientifique et, d'autre part, par une dichotomie entre la vie professionnelle et la vie familiale. Tout d'abord, les efforts de l'institution médicale ont été longtemps orientés vers l'établissement de normes et de standards afin d'assurer une certaine « neutralité scientifique » au rôle de médecin. Les membres de cette profession se sont surtout concentrés sur le développement de techniques et de connaissances en rapport avec les aspects biologiques des soins.

Néanmoins, la tendance des groupes professionnels à vouloir généraliser leur savoir au-delà de certains aspects spécialisés a incité la médecine à étendre son champ d'expertise et d'exercice à des sphères plus vastes des soins (Ehrenreich et English 1982 : 71 ; Zola 1981 : 38). Progressivement les programmes d'enseignement médical ont englobé des éléments tirés de la biologie, de la chimie, de la physique, certes, mais également de la psychologie, de la philosophie et des autres sciences humaines et sociales. C'est ainsi que la formation médicale n'a cessé d'étendre son champ d'intérêt et s'est ralliée au mouvement montant de l'humanisme. Cet humanisme s'est traduit par l'apparition du courant biopsychosocial prônant une médecine globale. Ce courant basé sur un modèle multifactoriel, par opposition à un modèle strictement biologique, semble cependant avoir entraîné la médicalisation d'une bonne partie de la vie quotidienne (Illich 1975 : 16 ; Zola 1981 : 31). Le courant d'humanisation rendit, selon Zola, « la médecine et les étiquettes "sains" et "malades" applicables à des sphères sans cesse plus grandes de l'existence humaine » (Zola 1981 : 31). À titre d'exemple, l'auteur mentionne que l'accroissement de la consommation des médicaments au cours des années 1960 et 1970 ne provient pas du traitement des maladies organiques mais plutôt



de celui d'un grand nombre d'états psychosociaux : vieillissement, grossesse, alcoolisme (Zola 1981 : 41).

Cette transformation d'un souci d'humanisme en une médicalisation accrue de la vie quotidienne est attribuée par des auteur-e-s à l'écart de plus en plus grand entre les attentes rattachées au rôle de médecin et l'acquisition des significations et des moyens essentiels à la performance des dimensions humaines et sociales de ce rôle. Le rôle de médecin s'est progressivement étendu à des aspects toujours plus larges et diffus, mais le développement des significations et des moyens nécessaires à la performance des aspects humains et sociaux de ce rôle au cours de la formation médicale n'a pas connu le même rythme (Banks 1979 : 294).

La volonté des institutions médicales d'encourager une conception plus globale du rôle professionnel apparaît réelle, d'où les nombreux ajustements ou réformes des programmes d'enseignement visant, entre autres, l'apprentissage d'habiletés liées à la relation entre patients/patientes et médecins, à l'éducation, à la prévention et aux aspects psychosociaux des soins de santé. Cependant les situations et les méthodes d'apprentissage ne semblent pas avoir favorisé ce courant vers une globalité des soins. Selon Fox (1989 : 79) et Bloom (1988 : 298), une chercheuse et un chercheur américains qui s'intéressent à la socialisation professionnelle en médecine depuis les années 1950 et 1960, les facultés de médecine nord-américaines apparaissent encore comme des contextes institutionnels peu favorables à ces changements. Malgré les nombreuses réformes, malgré les importantes modifications dans le programme d'enseignement des écoles de médecine, le système lui-même est resté passablement inchangé (Bloom 1988 : 300).

Par ailleurs, au fil des ans, le rôle du médecin nord-américain s'est progressivement vu définir par ceux ayant traditionnellement occupé ce rôle, soit les hommes. Ainsi, la formation médicale —incluant la résidence—, l'organisation de la pratique de la médecine et la séquence d'une carrière « réussie » ont été conçues en fonction d'une implication minimale dans les sphères de la vie autres que professionnelles (Bourne et Wikler 1982 : 112). Il faut voir comment le contexte actuel de transition relativement à la répartition des rôles entre les femmes et les hommes peut contribuer à modifier ces systèmes symboliques.

### **La répartition des rôles selon les sexes, un contexte social de transition**

Selon l'approche fonctionnaliste, les femmes ont été appelées à remplir les rôles liés aux fonctions de reproduction et de maternage, rôles dits expressifs, tandis que les hommes ont été amenés à jouer les rôles de pourvoyeur, rôles dits instrumentaux. Par ce modèle sociétal, les activités des femmes se limitaient essentiellement à la sphère domestique alors que celles des hommes se déroulaient surtout dans la sphère publique, c'est-à-dire sur le marché du travail rémunéré (Le Bourdais *et al.* 1987 : 38).

À toutes les époques, des femmes, dont le nombre et les caractéristiques sociodémographiques varient selon le contexte économique et politique, échappent à ce clivage et se retrouvent sur le marché du travail rémunéré. Elles y occupent alors, sauf peut-être en temps de guerre, des emplois qui reproduisent les fonctions accomplies au foyer (Stellman 1981 : 253).

En Amérique du Nord, depuis quelques décennies une nouvelle définition des rôles entre les femmes et les hommes a cependant été amorcée (Chafetz 1974 : 11). Des lois et divers règlements ont été modifiés et des changements d'attitudes à l'égard des rôles propres aux femmes ou aux hommes ont été enregistrés. D'un modèle traditionnel, voulant que les activités des femmes s'organisent autour de l'éducation des enfants et des soins ménagers et que celles des hommes s'orientent vers les occupations rémunérées, la société contemporaine s'est progressivement ouverte à un modèle dit égalitaire, visant à ce que les femmes et les hommes aient un accès identique à toutes les occupations de la sphère publique et partagent de façon équitable les tâches et responsabilités de la sphère privée (Mackie 1987 : 91).

De fait, des changements d'attitudes positifs à l'égard de l'implication professionnelle des femmes et, en parallèle mais de façon moins prononcée, à l'égard de l'implication familiale des hommes, ont été enregistrés depuis le début des années 1960. Cette tendance n'a pas cessé de s'accroître depuis ce temps, surtout en ce qui concerne l'implication professionnelle des femmes (Des Rosiers et Lépine 1991 : 5).

Néanmoins, la modification des lois ou des règlements ainsi que les changements d'attitudes ne sont pas nécessairement garants d'une transformation immédiate des comportements. La discrimination envers les femmes continue à s'exercer, quoique de façon moins ouverte. Les enquêtes récentes révèlent que la plupart des femmes continuent d'assumer une large part des tâches et responsabilités domestiques et que l'élimination totale de la division du travail et de la spécialisation des occupations en fonction des sexes ne semble pas près de disparaître (Le Bourdais *et al.* 1987 : 39 ; Vandelac *et al.* 1985 : 313).

Même si les femmes occupent maintenant des professions qui leur étaient peu accessibles dans le passé, un clivage s'est opéré à l'intérieur même de plusieurs de ces professions. Les études sociologiques soulignent l'existence d'une segmentation horizontale selon le sexe au sein des professions où les femmes sont entrées en grand nombre au cours des dernières années (Lasvergnas 1988 : 31). Ce clivage se traduit par la répartition non homogène des femmes et des hommes à travers les disciplines, spécialités et modes d'exercice ; ce phénomène a été observé, non seulement en médecine, mais également en médecine vétérinaire, en droit et en pharmacie (Collin 1987 : 13 ; Arena 1986 : 43).

## Conclusion

En adoptant un cadre théorique pour analyser la venue des femmes en médecine, on se rend aisément compte que les études empiriques ont mis en lumière une partie seulement des actrices et acteurs concernés par le phénomène, en l'occurrence les étudiantes, et ont laissé dans l'ombre tout un ensemble d'actrices et d'acteurs tout aussi importants, soit les responsables de la formation médicale.

De ce fait, l'interprétation des résultats d'études strictement empiriques n'a pu mener à une action intégrée, non plus qu'elle n'a permis la formulation de questions de recherche précises. Au contraire, les recherches empiriques portant sur les valeurs et les attitudes des étudiantes et des étudiants ont mené à un certain attentisme. Des chercheurs rapportant ce type de travaux croient que lorsque les femmes seront majoritaires en médecine, elles seront peut-être en mesure d'imposer une conception différente du rôle de médecin (Williams *et al.* 1990 : 200). Pour leur part, les études sur les choix professionnels ont mené vers deux avenues. La première est une position attentiste basée sur la croyance que les femmes effectueront des choix professionnels moins traditionnels lorsqu'elles seront plus nombreuses en médecine. Cette croyance n'est pas soutenue par les études récentes. La seconde position est revendicatrice mais demeure souvent articulée de façon abstraite. Elle affirme que la segmentation intraprofessionnelle aussi bien que la segmentation interprofessionnelle illustrent la place inférieure faite aux femmes dans la société, situation devant être contrée on ne sait trop comment. Ces études empiriques ne permettent pas de préciser comment et vers quelles cibles les efforts doivent être dirigés. Par contre la théorie des interactions symboliques fournit plusieurs pistes d'action.

Il apparaît par exemple inutile, à la lumière de la théorie interactionniste symbolique, de tenter de modifier les aspirations professionnelles des étudiantes qui s'orientent en médecine dans le but de contrer la segmentation intraprofessionnelle sans, en même temps, agir sur les perceptions des responsables de la socialisation et sur les systèmes symboliques en vigueur. L'opérationnalisation d'un rôle, tout autant que sa conception, ne reflète pas les aspirations véritables des recrues mais représente plutôt un compromis entre leurs buts et opinions et les attentes qu'elles perçoivent chez « l'autre généralisé-e ».

Les résultats des études empiriques indiquent généralement que les femmes qui entrent en médecine possèdent un potentiel pouvant favoriser l'émergence d'une conception plus globale du rôle de médecin. Il est vrai que les différences entre les femmes et les hommes sont minces mais elles peuvent être encouragées à la faveur des interactions avec les responsables de la formation médicale, cela dans la mesure naturellement où ces personnes démontrent une volonté de changement.

Les responsables de la formation médicale peuvent notamment accepter et savoir tirer parti du fait que les personnes qui entrent en médecine sont porteuses d'une partie des significations propres à la culture actuelle et que ces

nouvelles significations peuvent enrichir le rôle de médecin en vue, éventuellement, de mieux répondre aux besoins actuels et futurs de la société. Les structures d'autorité à l'intérieur des universités ne semblent pas favoriser un tel enrichissement. Les responsables de la formation médicale sont encore largement dans des positions de dominance qui ne les incitent pas à se mettre à la place des étudiantes et étudiants et à ainsi transformer leur conception du rôle de médecin à la faveur d'un dialogue interne avec « l'autre généralisé-e », où étudiantes et étudiants seraient adéquatement représentés. À cet égard, les méthodes d'évaluation des apprentissages de type formatif plutôt que normatif pourraient favoriser les échanges et la négociation de nouvelles significations rattachées au rôle professionnel.

Les recrues gagneraient également à être soumises à des environnements symboliques où des significations sociales et psychologiques sont données aux situations et aux objets auxquels elles seront confrontées dans l'exercice de leur rôle de médecin. Certes des efforts ont été faits en ce sens mais les expériences que les étudiantes et étudiants en médecine semblent avoir eues, avec les sciences sociales et humaines notamment, apparaissent encore secondaires à leur formation et déconnectées du reste du cheminement universitaire.

Les nouvelles significations et les moyens pouvant être mis à la disposition des médecins en formation pour accomplir les aspects humains et sociaux de ce rôle doivent cependant être définis et délimités en fonction des rôles des autres professionnels et professionnelles de la santé. En ce sens, l'intérêt persistant des étudiantes en médecine pour la multidisciplinarité pourrait représenter un moyen d'exercer leur rôle de médecin sans que cela ne se concrétise, comme on l'a vu précédemment, par la médicalisation d'aspects toujours plus nombreux de la vie. Le travail en équipe est une façon de maximiser l'accomplissement des rôles de chacun et semble être le seul véritable outil pouvant contribuer à l'humanisation des soins de santé (Dufort *et al.* 1989 ; Ferland 1990 : 6).

Deux commissions d'enquête québécoises ont mis en lumière le fait que l'information aux patients et patientes, au même titre que la collaboration avec les autres professionnels et professionnelles de la santé, était une deuxième avenue à privilégier afin de mieux répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé. Les médecins ne peuvent s'improviser sociologues, nutritionnistes ou autres et ne peuvent non plus s'ingérer dans la vie des personnes pour régler les problèmes de chômage ou de violence ou pour changer les habitudes de vie. Par contre, les médecins peuvent, à la faveur des interactions avec les patients et patientes, servir de catalyseurs, notamment dans l'émergence de nouvelles significations liées à la santé, à la maladie, à l'utilisation et à la dispensation des services de santé. Des habiletés peuvent être développées en ce sens au cours de la socialisation professionnelle.

Par ailleurs, bien que l'éventail des choix professionnels des futures femmes médecins s'étende à toutes les disciplines, ces femmes, tout comme leurs prédécesseuses, s'orientent majoritairement vers les soins de première ligne et, lorsqu'elles s'orientent vers les spécialités chirurgicales, elles optent plus volontiers pour l'obstétrique-gynécologie, spécialité possédant un caractère fortement stéréotypé.

Le phénomène en lui-même peut ne pas apparaître problématique. Il est compréhensible et peut-être même souhaitable que les femmes optent pour des spécialités à l'intérieur desquelles elles pourront mettre à profit certains attributs développés au cours de leur socialisation primaire. Par contre, qui dit stéréotypie dit contraintes dans les libertés individuelles des personnes possédant des caractéristiques non liées aux stéréotypes en question.

Les responsables de la socialisation professionnelle peuvent, à la faveur des interactions, contribuer à encourager des choix moins traditionnels ou du moins contribuer à élargir la perception des avenues ouvertes aux femmes et aux hommes. Le recrutement de femmes au sein du corps professoral pourrait constituer une avenue vers la modification des choix professionnels des médecins à l'avenir. Les revendications des comités de femmes à l'intérieur des universités au sujet du recrutement et de la promotion des femmes apparaissent grandement fondées. La théorie des interactions symboliques souligne l'importance des interactions entre les socialisé-e-s et les agentes et agents de socialisation dans l'opérationnalisation du rôle professionnel. Les professeures peuvent servir de modèles aux étudiantes et étudiants ; elles peuvent aussi offrir un « marrainage » que leurs collègues masculins ne sont peut-être pas prêts ou enclins à fournir aux étudiantes. Les femmes médecins sont peut-être également plus en mesure d'assumer en imagination le rôle des étudiantes, de comprendre les contraintes que représentent certains choix professionnels et, de ce fait, de favoriser le réaménagement des structures institutionnelles (modification des programmes de résidence afin de faciliter la maternité et l'éducation des enfants ; programmes de perfectionnement ou de réorientation après une interruption de carrière).

Des réaménagements structurels doivent également être effectués afin de tenir compte des responsabilités familiales des individus. La discrimination systémique faite aux femmes et aux hommes dans notre société se doit d'être abolie. Les hommes ne sont effectivement pas exempts des effets négatifs de cette discrimination systémique. Les attentes sociales à l'égard de leur rôle de pourvoyeur principal de la famille peuvent influencer leurs choix professionnels. Le fait qu'ils accordent plus d'importance à la dimension extrinsèque du rôle de médecin à la fin de la formation, alors qu'ils sont plus près du marché du travail rémunéré, peut indiquer des pressions en ce sens.

Des programmes de sensibilisation ayant pour objectif d'amener les femmes et les hommes à faire des choix professionnels moins traditionnels devraient donc s'adresser, non seulement aux étudiantes et étudiants, mais également aux responsables de la sélection et de la socialisation professionnelle.

*Francine Dufort  
École de psychologie  
Université Laval*

## RÉFÉRENCES

- ARENA, Francesco  
 1986 « Présence des femmes en science et technologie au Québec », dans *Des femmes dans les sciences*. Montréal, Cahiers de recherche sociologique : 33-53.
- ASSOCIATION OF CANADIAN MEDICAL COLLEGES  
 1988 « Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada », *Canadian Medical Education*, 10 : 10-36.
- BANKS, S.A.  
 1979 « The doctor's dilemma : social sciences and emerging needs in medical education », dans *Nourishing the Humanistic Medicine*. Pittsburg, University of Pittsburg Press : 277-295.
- BLOCK, Jeanne  
 1976 « Issues, problems and pitfalls in assessing sex differences : a critical review of the psychology of sex differences », *Merrill-Palmer Quartely*, 22 : 283-308.  
 1983 « Differential premises arising from differential socialization of the sexes : some conjectures », *Child Development*, 54 : 1335-1354.
- BLOOM, Samuel  
 1988 « Structure and ideology in medical education : an analysis of resistance to change », *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 4 : 294-307.
- BOURNE, Patricia et Norma Wikler  
 1982 « Commitment and the cultural mandate ; women in medicine », dans *Women and Work Problems and Perspectives*. New York, New York University Press : 111-122.
- CHAFETZ, Janet Saltzman  
 1974 *Masculine, Feminine or Human ?* Itasca, Peacock.
- COLLIN, Johanne  
 1987 « Femmes de carrières ou carrières de femmes ? La féminisation des professions libérales ? », *Femmes et histoires : derrière les mots...*, 2 : 13-16.
- DEAUX, Kay  
 1985 « Sex and gender », *Annual Review of Psychology*, 36 : 49-81.
- DEDOBBELEER, Nicole *et al.*  
 1979 « Femmes médecins d'aujourd'hui », *Le médecin du Québec*, 14 : 41-53.
- DES ROSIERS, Micheline et Irène Lépine  
 1991 « La place des femmes dans la gestion : perspectives de recherche », dans *Prendre sa place : les femmes dans l'univers organisationnel*. Montréal, Édition d'Arc : 3-50.



DUFORT, Francine

- 1991 « Les futures femmes médecins dans l'organisation des services de santé », dans *Prendre sa place : les femmes dans l'univers organisationnel*. Montréal, Édition d'Arc : 89-116.

DUFORT, Francine *et al.*

- 1989 « The feminization of medicine and the humanization of health care ». Communication au Congrès de l'American Public Health Association, Chicago, octobre.

DUSSAULT, Gilles

- 1988 « La régulation des professions sanitaires : l'expérience du Québec », *Sociologie et sociétés*, 20, 2 : 125-140.

EHRENREICH, Barbara et Deirdre English

- 1982 *Des experts et des femmes*. Montréal, Les éditions du remue-ménage.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

- 1990 *La réforme des années '90 : Un nouveau programme des études médicales de premier cycle à la faculté de médecine de l'Université de Montréal*. Livre rouge, document de travail.

FERLAND, Francine

- 1990 « La loi sur les services de santé et les services sociaux », *Infomed*, 13, 4 : 5-7.

FOX, Renée

- 1989 « The education training and socialization of physicians : medical school », dans *The Sociology of Medicine : A Participant Observer's View*. Englewoods Cliffs (New Jersey), Prentice Hall Fondation of Maders Sociology : 72-107.

FUNKENSTEIN, Daniel

- 1978 *Students' Medical Schools and Society During Five Eras : Factors Affecting the Career Choices of Physicians 1958-1976*. Cambridge (Mass.), Ballinger.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

- 1988 *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon)*. Québec, Les Publications du Québec.

HENLEY, Nancy

- 1985 « Psychology and gender », *Signs*, 11,1 : 101-119.

HEISS, Jérolde

- 1981 « Social roles », dans *Social Psychology*, New York, Basic Books Inc. : 94-129.

HYDE, Janet

- 1981 « How large are cognitive gender differences », *American Psychologist*, 36 : 892-901.

ILLICH, Ivan

- 1975 *Némésis médicale*. Paris, Seuil.

- IZRAELI, Dafna  
1983 « Sex effects ? An empirical test of Kanter's theory of proportion », *Social Forces*, 62, 1 : 153-165.
- KANTER, Rosabeth  
1977 « Some effects of proportions on group life : skewed sex ratios and responses to token women », *American Journal of Sociology*, 82 : 965-990.
- KAUFMAN-CARTWRIGHT, Lilian  
1972 « Conscious factors entering into decisions of women to study medicine », *Journal of Social Issues*, 28 : 201-215.
- KEHRER, Barbara  
1976 « Factors affecting the incomes of men and women physicians : an exploratory analysis », *The Journal of Human Resources*, 11, 4 : 526-545.
- LANDRY, Simone  
1989 « Culture organisationnelle et culture des femmes : un mariage impossible ? », dans Claudine Baudoux (dir.), *Féminisation et masculinisation de la gestion*. Québec, GREMF, cahier 29 : 166-181.
- LASVERGNAS, Isabelle  
1988 « Contexte de socialisation primaire et choix d'une carrière scientifique chez les femmes », *Recherches féministes*, 1, 1 : 31-45.
- LE BOURDAIS, Céline *et al.*  
1987 « Le travail et l'ouvrage. Charge et partage des tâches domestiques chez les couples québécois », *Sociologie et sociétés*, 19, 1 : 37-57.
- LORBER, Judith  
1984 *Women Physicians : Careers, Status and Power*. New York, Tavistock Publications.
- MACCOBY, Eleanor et Carol Nagy Jacklin  
1974 *The Psychology of Sex Differences*. Stanford, Stanford University Press.
- MACKIE, Marlene  
1987 *Constructing Women and Men : Gender Socialization*. Toronto, Holt, Rinehart and Winston.
- MAHEUX, Brigitte et Francine Dufort  
1989 « The professional attitudes and clinical practices of men and women generalist », *Canadian Family Physician*, 35 : 59-63.  
1990 « Female medical practitioners : More preventive and patient oriented ? », *Medical Care*, 28, 1 : 87-92.
- MARINI, Margaret et Mary Brinton  
1984 « Sex stereotyping in occupational socialization », dans *Sex Segregation in the Work Place : Trends, Explanations, Remedies*. Washington (DC), National Academy Press : 192-232.
- MEAD, George Herbert  
1934 *Mind, Self and Society*. Chicago, University of Chicago Press.

- POWERS, Charles  
 1981 « Role-imposition or role-improvisation : Some theoretical principles », *The Economics and Social Review*, 12, 4 : 287-299.
- ROSENTHAL, Robert et Donald RUBIN  
 1982 « Further meta-analytic procedures for assessing cognitive gender differences », *Journal of Educational Psychology*, 74 : 708-712.
- SERBIN, Lisa A.  
 1987 « La socialisation : en prévision du siècle à venir », dans *L'Émergence d'une culture au féminin*. Montréal, Éditions Saint-Martin : 67-73.
- SHUVAL, Judith  
 1980 *Entering Medicine : The Dynamics of Transition*. Oxford, Pergamon Press.
- STELLMAN, Jeanne  
 1981 « La rançon économique du travail des femmes : les risques professionnels », dans *Médecine et société : les années 1980*. Laval, Édition coopératives Albert Saint-Martin : 249-270.
- STRYKER, Sheldon  
 1981 « Symbolic interactionism : Themes and variations », dans *Social Psychology*. New York, Basic Books Inc. : 3-29.
- STRYKER, Sheldon et Richard Serpe  
 1982 *Personality, Roles and Social Behavior*. New York, Springer Verlag.
- TURNER, Ralph  
 1978 « Role theory : In search of conceptual unity », dans *The Structure of Sociological Theory*. Boston, Houghton Mifflin : 347-365.  
 1985 « Unanswered Questions in the convergence between structuralist and interactionist role theories », dans *Micro-sociological Theory : Perspectives on Sociological Theory*. London, Sage : 22-36.
- VANDELAC, Louise *et al.*  
 1985 *Du travail et de l'amour*. Laval, Éditions Saint-Martin.
- WALLACE, Ruth et Alison Wolf  
 1986 *Contemporary sociological theory : Continuing the classical tradition*. Englewood Cliffs (New Jersey), Prentice Hall Inc.
- WILLIAMS, Paul *et al.*  
 1990 « Women in medicine : practice patterns and attitudes », *Canadian Medical Association Journal*, 143, 3 : 194-201.
- Wunderman, Lorna  
 1980 *Female Physicians in the 1970s : Their Changing Roles in Medicine*. Chicago, American Medical Association.
- ZOLA, Irving  
 1981 « Culte de la santé et méfaits de la médicalisation », dans *Médecine et société : les années 1980*. Laval, Éditions coopératives Albert Saint-Martin : 31-51.