

Auto-santé et avortement: difficile cohabitation de la lutte politique et de la politique des services

Jacinthe Michaud

ABSTRACT

This paper examines the difficulties of harmonization of the services within women's health centres in Québec. The debate of two important issues - abortion and self-directed health care - didn't go on without controversy when one of the issues was thought of or written of as an open political battle. The last part of this paper proposes a discussion on the dynamics of rebirth of the discourse on the issue of women's health.

RÉSUMÉ

Cet article expose les difficultés d'harmonisation des services à l'intérieur des Centres de santé des femmes au Québec. La poursuite de deux volets importants - l'avortement et l'auto-santé - n'a pas été sans générer des difficultés de cohabitation dans la mesure où l'un de ces volets s'est pensé et s'est écrit comme une lutte politique ouverte. La dernière partie de l'article propose une discussion sur la dynamique de renouvellement du discours sur la santé des femmes

L'organisation du discours sur la santé des femmes se modifie constamment sous l'effet de multiples facteurs issus du contexte social, politique et culturel. Cette production discursive surgit généralement lorsqu'une formation sociale entreprend de faire l'étude ou l'analyse d'un groupe particulier, tout comme elle peut provenir de l'intérieur du groupe lui-même. Nous savons depuis longtemps que le mouvement des femmes a généré des discours qui ne sont pas forcément compatibles. Malgré tout, ils contribuent à l'intérieur de l'espace public au renouvellement discursif, entre autres sur la santé des femmes (Michaud, 1997, 1996). Dans un article récent, Walters et Denton (1997) proposent de voir les femmes comme productrices de leur propre dynamique discursive laquelle viendrait bouleverser d'autres approches traditionnelles. Ce que les femmes disent d'elles et de leur santé varie par rapport à ce que certains corps professionnel-les, spécialistes, analystes ou même militantes féministes peuvent déduire - toutes catégories n'étant pas homogènes au niveau interne et chacune faisant référence à des univers de représentations non dépourvus de valeurs idéologiques. Selon cette étude toujours, les femmes de classe moyenne seraient davantage préoccupées par le stress, la fatigue, voire la

dépression. Nous devons donc prendre en considération que la production discursive est sujette à des variations importantes selon que l'on considère l'âge, la race ou la classe sociale, les capacités physiques et mentales et l'orientation sexuelle.

Ceci nous amène à un autre constat: les femmes blanches de classe moyenne ne se réfèrent plus au discours féministe sur la santé, celui qui a façonné le mouvement des femmes dès la fin des années soixante et qui a donné lieu au cours des décennies suivantes à l'organisation de services d'avortements et d'auto-santé plus ou moins essentiellement centrés sur l'appareil reproducteur des femmes. Pourtant, même à cette époque, en supposant que les groupes de femmes préoccupés par la santé aient maintenu leurs revendications sur des enjeux uniques, la dynamique qui présidait à la formation du discours était fort complexe et résultait de l'action de plusieurs forces sociales et de formations idéologiques et politiques diverses.

L'article qui suit porte sur la cohabitation des services à l'intérieur d'un groupe de femmes: le mouvement des Centres de santé des femmes du Québec entre 1975 et 1992. Il vise à démontrer la complexité des rapports dans l'harmonisation du discours et des pratiques féministes, en particulier

lorsqu'une revendication se pense et s'écrit comme une lutte politique ouverte. Les données rassemblées ici viennent d'une recherche doctorale entreprise sur la dynamique de formation du discours à l'intérieur de ce mouvement. La méthode adoptée pour cette recherche repose sur une méthodologie qualitative qui allie la collecte de documents et la réalisation d'une série de seize (16) entrevues réalisées auprès d'intervenantes de cinq centres de santé et du Regroupement des Centres de santé des femmes du Québec. La partie des entretiens semi-dirigés traitant de l'organisation du discours et des pratiques à l'intérieur des centres fait particulièrement l'objet du présent article. D'autres entrevues réalisées auprès de représentantes provinciales de trois groupes de services (Maisons d'hébergement, CALACS, Centres de femmes), ont également servi à compléter cette série, mais ne seront pas utilisées ici. La collection et l'analyse d'un ensemble de documents relatant l'organisation du discours et des pratiques féministes sur la santé des femmes ont également servis pour cette recherche et ont fait l'objet d'autres publications sur les Centres de santé (Michaud, 1997, 1996).

La première partie de l'article relate brièvement les conditions d'émergence des centres de santé des femmes. Par la suite, il sera question de faire l'analyse des deux principaux volets à l'origine des services: l'avortement et l'auto-santé. La cohabitation de ces deux volets d'intervention à l'intérieur d'une organisation féministe, par ailleurs fort modeste si on la compare au nombre de groupes de base qui composent d'autres organisations québécoises, ne va pas de soi même si les revendications et l'orientation des centres de santé semblaient converger vers une formation discursive plus ou moins homogène, c'est-à-dire centrée sur la reproduction des femmes.

LE CONTEXTE D'ÉMERGENCE DES CENTRES DE SANTÉ

L'histoire des débuts du mouvement pour la santé des femmes et la lutte pour l'avortement au Québec a été décrite dans l'anthologie de la revue militante féministe, *Québécoises debouttes* réalisée par Véronique O'Leary et Louise Toupin (1982). Dans cette anthologie nous pouvons lire que

l'intérêt pour la santé des femmes a débuté avec le Centre des femmes (1972-74)¹ suite au travail initié par le Front de libération des femmes (1969-71) et de son service de référence en avortement. Par la suite, le Centre de santé des femmes du Quartier,² a pris la responsabilité de développer le volet santé et de poursuivre le travail de référence (O'Leary et Toupin, 1982). Tous les autres centres de santé au Québec, soit ceux de Québec, de Trois-Rivières, de Sherbrooke, de Hull et de Lanaudière, ont été fondés entre 1978 et le début des années 80. Au cours de cette période, à peu près tous les centres de santé, sauf deux exceptions (Sherbrooke et Lanaudière) possédaient déjà leur propre service d'avortements.

Mis à part les documents produits par les centres de santé eux-mêmes, peu de féministes, militantes ou universitaires, ont écrit sur les activités des centres de santé (O'Leary, 1986; Saillant, 1985). Le mouvement sur la santé des femmes aurait été, dit-on, largement influencé par le "Boston Women's Health Collective" et sa fameuse publication, *Our Bodies Ourselves* (1976, 1973, 1971, 1969). Ce mouvement, bien que traversé par plusieurs courants dans le monde occidental (Gallespie-Woltenade, 1982), a donné la priorité au corps, à la reproduction et aux moyens à mettre en oeuvre pour exiger et recevoir des services spécifiques aux femmes (Simonds et al., 1984:619; Fee, 1983; Morgen, 1982; Rusek, 1978). Le corps, ce lieu ultime de l'oppression, signifiait à l'intérieur du contexte médical, l'existence de pratiques thérapeutiques inégalitaires et une relation expert/patiente (Saillant, 1985) structurée autour d'une représentation des femmes victimes de leur biologie. Dans l'ensemble, on estimait que les conceptions des professionnel-les de la santé étaient, "based not on scientific facts about women's physiology, psychology, biology and anatomy but on much more subjective assertions about women's "natural drives" and "natural" roles" (Foster, 1989:338).

Pour la première génération de militantes féministes, le partage du vécu à l'intérieur de groupes restreints représentait la meilleure méthode pour illustrer les expériences de mauvais traitements et pour contrer l'ignorance des femmes vis-à-vis leur propre corps (Rusek, 1978; Boston

Collective, 1973). Le sexisme, le paternalisme, la sur-médication et le double standard dans le traitement des maladies comptaient parmi les principales critiques à l'endroit d'un système qui concourrait à renforcer la dépendance des femmes (Foster, 1989; Bélanger, 1986; O'Leary, 1986; Saillant, 1985). Considérant que les femmes ont davantage recours aux services médicaux, il était difficile d'expliquer pourquoi leur état de santé est - comme c'est d'ailleurs encore le cas - plus déplorable que celui des hommes tout en vivant plus longtemps (Bégin, 1989:31). Dans la mesure où le corps était devenu l'enjeu ultime (Foster, 1989:339), l'apprentissage de son anatomie et de ses fonctions physiologiques, appuyé par une recherche intensive, devait se faire sans l'interférence de l'expert médical qui impose et maintient un rapport de domination (Foster, 1989; Fee, 1983; Morgen, 1982).

Les centres se sont donc préoccupés de mettre en place des programmes comprenant plusieurs sessions et ateliers caractérisés par une approche de conscientisation collective. Ainsi, l'organisation d'un ensemble complet de services alternatifs et féministes en auto-santé, et plus tard de cliniques d'avortements, ne doit pas être vue comme mettant en opération de simples outils d'intervention (Thurston, 1987) offerts parallèlement au système institutionnel. Les centres de santé se sont constitués idéologiquement et politiquement comme force de démocratisation et de transformation de la médecine scientifique (O'Leary, 1986:121; Saillant, 1985:749; Comité pour l'avortement libre et gratuit, 1978:26).

Au départ, l'auto-santé a précédé les cliniques d'avortements à l'intérieur des centres. De plus, une série de principes fondamentaux - l'adoption d'un modèle non-hiérarchique de fonctionnement, l'égalité entre les intervenantes et les consommatrices des services, une structure organisationnelle permettant le partage des responsabilités quelque soit la tâche, une critique du professionnalisme et une analyse globale des conditions de vie des femmes (Morgen, 1990, 1986, 1982; Thurston, 1987; O'Leary, 1986; Simonds et al., 1984; Fee, 1983) - devaient soutenir l'orientation opérationnelle des centres.

Les militantes féministes y ont développé

une analyse critique et élaboré une position politique à l'endroit de la médecine scientifique et de l'organisation du système des soins de santé (Regroupement, 1991, 1987, 1986; Centre de santé des femmes du Quartier, 1989, 1986 [s.d.]; Centre de santé des femmes de Sherbrooke, 1988). Et c'est dans cette perspective que les centres ont recherché deux types de changements: la transformation du système de santé afin qu'il réponde aux besoins des femmes et que cesse le sexisme de la profession médicale et la transformation de la perception que les femmes ont d'elles-mêmes, c'est-à-dire développer leur sens de l'autonomie lorsque vient le temps d'exiger des services de la part des professionnel-les de la santé.

Dans un premier temps donc, les militantes féministes de la santé ont défié l'approche de la médecine scientifique. Elles ont particulièrement élaboré une critique sévère à propos de l'absence de ressources en avortement. Elles se sont appuyées sur le mouvement des femmes afin de se constituer comme force collective et politique (Le Centre de santé des femmes du Quartier, 1985; Relais-femmes, 1985; Comité de lutte pour l'avortement libre et gratuit, 1978), d'autant que le ministère responsable de l'organisation des soins de santé au Québec, dont la réforme datait de 1970, sollicitait la participation des consommateur-trices à différents niveaux et favorisait l'initiative de projets autonomes de prise en charge (Centre de santé des femmes de Sherbrooke, 1986:2). Bien que la réforme ne mentionnait pas la participation de groupes tels que les centres de santé, les militantes ont pris avantage de cette ouverture pour organiser leur critique radicale et parfaire leur orientation politique (Bégin, 1989:26).

Le deuxième type de changement recherché s'inscrit à l'intérieur des relations entre les centres et les utilisatrices des services alternatifs. Malgré le discours sur l'autonomie des femmes, les militantes des centres de santé avaient conscience de l'incontournable réalité du réseau institutionnel dans la mesure où un grand nombre de femmes y avaient recours. Ainsi, l'autonomie recherché ne signifiait pas que les femmes devaient répondre elles-mêmes à tous leurs besoins et qu'elles allaient se détourner des hôpitaux, des Centres locaux de services communautaires (CLSC) ou des cliniques

privées. L'auto-santé devait donc être conçue comme l'alternative critique d'un système qui prive les femmes de leur contrôle corporel. C'est la raison pour laquelle, les centres de santé ont également senti le besoin d'intervenir parfois même directement à l'intérieur du réseau institutionnel (Michaud, 1997, 1996).

Pourtant, plus de quinze ans après l'ouverture du premier centre de santé et en dépit de quelques améliorations significatives, les militantes des centres en sont toujours à déplorer la situation de dépendance, la persistance de pratiques qui renforcent les mécanismes d'oppression, la surmédication de plusieurs aspects de la vie et le sexisme de la profession médicale (Centre de santé des femmes de Sherbrooke, 1986:2). Si la critique est restée la même, disent certaines d'entre elles, c'est que rien n'a changé depuis les débuts de leur mouvement, soulignant particulièrement la relation expert/patiente et certains actes de violence physique et sexuelle envers les femmes (Centre de santé des femmes du Quartier, 1987).

LE CONTEXTE D'ÉMERGENCE DE LA LUTTE POUR L'AVORTEMENT

En ce qui concerne l'avortement, nous pouvons constater que cette revendication a adopté un parcours particulier au sein des centres de santé. En 1969, le code criminel exigeait que les interruptions volontaires de grossesses soient approuvées par un Comité d'avortement thérapeutique et pratiquées à l'intérieur d'un hôpital accrédité. Jane Jenson (1992) fait remarquer que ce fut le départ, non seulement de la libéralisation de l'acte, mais d'un discours sur sa médicalisation. Le langage utilisé signifiait la compréhension des besoins des femmes selon la perspective de l'expert médical. Dès lors, la notion de santé a surgit au coeur du débat, sans égard à la représentation des femmes en tant que sujets politiques autonomes.

Mais en dépit de cette exclusion du sujet, les militantes féministes ont pris avantage de ces réformes, si limitées soient-elles, pour s'attaquer à d'autres aspects toujours illégaux aux termes du code criminel. A cet effet, il nous faut souligner deux étapes particulièrement significatives dans l'histoire de l'avortement au Québec. La première

étape a été la mise en place d'un service de référence qui acheminait les femmes ayant besoin d'un avortement vers la clinique du Dr Morgentaler à Montréal ou vers celles en opération du côté des États-Unis. Le nombre de ces références, semble-t-il, a été particulièrement impressionnant pour une si petite organisation aux ressources passablement limitées. Pour cette première génération de militantes de la lutte pour l'avortement, ce phénomène ne faisait que renforcer la dépendance des femmes à la bonne volonté de quelques médecins. Il y avait là une contradiction qui, autour de 1972, a conduit les militantes concernées à restreindre leur appui à la cause du docteur Morgentaler qui, à cette époque, subissait une première mise en accusation devant les tribunaux du Québec pour pratique illégale d'avortements dans sa clinique de Montréal (Comité pour l'avortement libre et gratuit, 1978:6). C'est au cours de cette période également que le discours féministe sur l'affirmation du droit des femmes à contrôler leur grossesse à l'extérieur des établissements médicaux a commencé à s'affirmer.

La deuxième étape a coïncidé avec la création en 1978 de la Coordination nationale pour l'avortement libre et gratuit, une coalition formée de plusieurs groupes femmes et de militantes dans le domaine de la santé des femmes. Cette organisation féministe entendait faire en sorte que les services d'avortements sortent de la supervision des institutions médicales et passent entièrement sous contrôle des femmes (Comité pour l'avortement libre et gratuit, 1978:9). La Coordination nationale réclamait la mise sur pied de cliniques féministes d'avortements dont la pratique en dehors des hôpitaux accrédités demeurait illégale en vertu du code criminel. Les militantes féministes de cette coordination et celles issues des centres de santé où ces cliniques allaient s'organiser, s'en prenaient particulièrement au bilan négatif des comités d'avortements thérapeutiques au Québec français et le refus de toute forme de libéralisation des procédures lorsque de tels comités existaient.³ Elles affirmaient donc que toutes les pressions politiques exercées, soit pour amender la loi fédérale, soit pour libéraliser les pratiques d'avortements à différents niveaux du système de santé, n'avaient donné aucun résultat.

Pour la Coordination nationale, il était donc devenu nécessaire de démontrer l'impossible application de la loi fédérale en optant pour sa transgression systématique et répétitive. Quelques militantes avaient séjourné à Aix-en-Provence (France) et revenaient avec des informations importantes à propos de possibles stratégies d'action.⁴ Le temps semblait propice à une telle prise en charge. Dans leur manifeste de 1977, le Comité pour l'avortement libre et gratuit profite de l'abandon des poursuites contre le docteur Morgentaler par le ministère de la justice pour exprimer sa profonde frustration devant l'inaction gouvernementale: "Nous les signataires de ce manifeste, en avons assez des 'victoires morales', des victoires de principes. Ce que nous visons dorénavant ce sont des victoires concrètes qui vont mener véritablement les femmes à pouvoir exercer leur droit à l'avortement libre et gratuit" (1977:2).

Un an plus tard, le Comité écrit: "Il faut sortir du cauchemar de l'avortement clandestin et en faire *un moment décisif de la lutte*" [souligné dans l'original] (1978:17).

Le centre de santé de Québec a été le premier à opérer une clinique féministe d'avortements dès la première année de ses opérations en 1978. Cette première clinique opérait totalement en dehors des établissements médicaux (hôpitaux et CLSC) ceci même en recevant du financement du Régime de l'assurance maladie du Québec pour chaque acte médical pratiqué, ce qui incluait bien entendu les avortements. Les centres de santé ont toujours été très clairs sur un point. Le désir d'être libres de tout contrôle médical ne signifiait pas que les médecins étaient exclus de la pratique des avortements - position qui vient nuancer celle voulant que cette pratique se fasse entièrement par les féministes elles-mêmes. Certaines intervenantes le spécifient très clairement dans les entrevues: cette lutte politique concerne le droit des femmes à des avortements libres et gratuits et non pas le droit des femmes, peu importe leurs qualifications, à la pratique de cet acte médical. La présence de médecins, même si certaines d'entre elles adhéraient aux principes féministes de la santé tels que promus par les centres, allait mettre à rude épreuve la pratique de l'auto-santé, particulièrement dans l'organisation

des services d'avortements.

EFFORTS D'HARMONISATION DES SERVICES

Une des trois dimensions importantes de l'auto-santé touche la déprofessionnalisation des pratiques et des rapports entre les intervenantes et les femmes qui ont eu recours aux services des centres de santé (Michaud, 1997, 1996). Cela passait par la démystification du langage médical, la transmission d'un maximum d'information sur la santé et la mise en application d'une relation basée sur l'échange collectif entre intervenantes et consommatrices des services alternatifs (Michaud, 1996). Dès le départ, les militantes ont voulu démontrer que résister à l'idéologie de l'expert et de son savoir scientifique était tout à fait réalisable dans un environnement féministe et alternatif. A cet effet, il faut se souvenir de certains principes fondamentaux soit l'autonomie - l'égalité entre les femmes (utilisatrices et intervenantes), l'approche non-hiérarchique de fonctionnement et la critique féministe du rapport expert/cliente - pour se demander jusqu'où les militantes féministes ont-elles véritablement cru que l'auto-santé pouvait être préservée du professionnalisme?

Avec les cliniques d'avortements, la présence de l'expert médical semblait impossible à éviter. Les centres de santé ont tenté néanmoins de minimiser l'impact de la présence des médecins par le renforcement du contre-discours féministe sur la lutte politique et le droit des femmes au contrôle de leur corps. C'est-à-dire qu'elles ont développé la pratique des interruptions volontaires de grossesses à l'intérieur de la réalité quotidienne de leur organisation sans nécessairement lier étroitement cette réalité au discours politique de revendication pour des avortements accessibles à toutes les femmes. Ainsi, une partie essentielle du contre-discours féministe s'est orientée à l'extérieur du champ de la médecine scientifique. En agissant ainsi, les centres de santé ont donc fait la distinction entre deux grandes luttes politiques en évitant de les opposer l'une à l'autre.

L'une de ces luttes a été orientée vers le champ de la politique formelle avec une représentation des femmes comme sujets politiques

autonomes sans référence au discours médical. Ce contre-discours présente des arguments sur le besoin de reconnaître le droit des femmes de décider pour elles-mêmes.⁵ Par contre, la deuxième lutte situe le discours de l'auto-santé du côté d'une critique radicale de la médecine scientifique et exige la reconnaissance de pratiques alternatives orientées vers la démocratisation et la transformation du modèle institutionnel.

Ces deux luttes forment un tout contre-discursif sur l'autonomie à partir duquel les centres de santé ont tenté d'agir en tant qu'acteur collectif du côté de l'espace public. Néanmoins, ces deux luttes politiques lorsque considérées séparément, incorporent des perspectives différentes, bien que non incompatibles, sur la façon d'en arriver aux changements recherchés. La coexistence de ces deux luttes et les liens qui les unissent, indiquent tout le potentiel de diversité du contre-discours et des stratégies féministes. Les centres de santé, du moins tout au long de la première phase de leur développement, ont essayé de les mener de front. Force est d'admettre cependant que cette cohabitation n'a pas été facile et qu'à un certain moment donné, dans un effort d'harmonisation et de nivellement des conflits, les centres de santé ont cru bon de modifier leur approche discursive en assimilant l'avortement à l'intérieur de la politique de l'auto-santé.

Il est bon de rappeler en premier lieu que les centres de santé ont abordé l'auto-santé à la fois comme idéologie et comme méthode. Ceci incluait bien entendu la manière avec laquelle devait s'opérer les interruptions volontaires de grossesses. En dépit d'une importante concentration d'énergies sur la vie reproductive des femmes, chaque centre a développé ses propres champs d'intervention. Deux centres de santé (Lanaudière et Sherbrooke) n'ont jamais offert de services d'avortements alors que d'autres y ont mis énormément d'énergies. Cependant, il existe des différences notables entre les centres en ce qui concerne la manière avec laquelle ils ont développé les services d'auto-santé et d'avortements, et dans ce dernier cas les différences doivent être replacées dans leur contexte régional.

À Lanaudière, la décision de ne pas pratiquer d'avortements a été motivée par la

présence d'un important mouvement "pro-vie" rendant même difficile le maintien d'un simple service de référence vers la région de Montréal. Ce centre de santé, qui n'a opéré qu'entre 1982 et 1986 seulement, a préféré orienter ses énergies sur l'éducation et le développement d'ateliers sur la santé des femmes. À Sherbrooke, par contre, les militantes se disaient satisfaites des services offerts par le Centre hospitalier universitaire de l'endroit (CHUS). En refusant à la fois le dédoublement des services et surtout la présence de médecins à l'intérieur de leurs murs, le Centre de santé de Sherbrooke a néanmoins établi des liens étroits avec le CHUS en offrant des services de référence, d'éducation, de préparation et d'hébergement. En choisissant cette voie, le Centre de santé de Sherbrooke a fait en sorte que le temps dévoué à la question de l'avortement n'ait jamais la priorité sur d'autres services offerts.

De son côté, la Clinique des femmes de l'Outaouais a vu le jour dans un contexte où, à l'instar de Lanaudière, la région était aux prises avec un mouvement "pro-vie" très actif. Malgré tout, quelques militantes ont décidé de relever le défi d'une clinique d'interruptions volontaires de grossesses. Considérée comme vitale dans cette région, la pratique de l'avortement y devint encore plus centrale que dans n'importe quel autre centre au Québec. Dans les trois régions restantes - Québec, Trois-Rivières, Montréal - des énergies considérables ont été allouées à l'avortement, cependant qu'à Montréal, du moins jusqu'à la fin des années 80, le centre réussissait à équilibrer les services d'avortements et d'auto-santé.

Commune à tous les centres, l'approche collective a été appliquée de façon systématique comme méthode spécifique. L'approche collective c'est un peu comme la marque de commerce des centres de santé. En exigeant la participation des femmes à un partage collectif, les centres de santé voulaient clairement montrer que leurs services étaient très différents de ceux offerts dans les hôpitaux, les CLSC et les cliniques privées, où l'intervention y est beaucoup plus formelle et individualiste. A partir des informations recueillies au cours d'entrevues et des documents produits par les centres de santé, nous pouvons constater que des femmes de toutes les catégories d'âge, de race, de

classe ont eu recours aux services d'avortements des centres (Centre de santé des femmes de la Mauricie, 1991; Harnois, 1989, 1987; Fontaine et al., 1988; Clinique des femmes de l'Outaouais). Le fait que très peu d'hôpitaux, de CLSC ou de cliniques privées aient offert ce service, explique pourquoi les centres de santé, en dépit de leur petit nombre, ont été rapidement reconnus comme des lieux privilégiés, offrant un service de qualité et où les femmes n'étaient pas traitées comme de simples victimes de grossesses non désirées (Harnois, 1989).

L'approche collective cependant varie considérablement entre les groupes de préparation à l'avortement et les autres groupes d'auto-santé. Dans ce dernier cas, son application était en général plus exigeante. Les ateliers sur l'auto-examen, la sexualité, la contraception, la ménopause, les nouvelles technologies de reproduction, les maladies transmises sexuellement, la santé mentale et autres, signifiaient au bas mot dix rencontres. Le programme offert dans les centres respectifs était appelé à changer constamment, conçu suivant les intérêts des militantes qui y travaillaient selon les époques. Cette situation a pu créer un sentiment d'éparpillement à l'intérieur des centres de santé, et au fur et à mesure de leur évolution, forcé certains d'entre eux à consolider leurs activités autour de quelques thèmes tels que l'auto-examen et la contraception. En agissant ainsi, c'est-à-dire en concentrant les énergies autour de l'appareil reproducteur des femmes, les Centres de santé ont renforcé avec le temps la position centrale de la pratique d'avortements.

Au Centre de santé de Québec, les ateliers d'auto-santé ont été mis sur pied bien après la clinique d'avortements, soit au cours des deux dernières années d'opération (Centre de santé de Québec, 1986). On pouvait trouver au programme des thèmes tels que les nouvelles technologies de reproduction, l'auto-examen des seins, la maternité, la contraception, la ménopause, la sexualité et les "médecines douces." Au Centre de santé de Trois-Rivières, on a suivi en gros l'expérience de Québec, offrant en plus des ateliers sur la santé mentale et la sexualité des adolescentes.

Pour conclure ce chapitre des services et des recherches spécifiques, notons que la cape

cervicale a fait l'objet de recherches intensives et que les Centres de santé de Montréal et de Sherbrooke ont été à peu près les seuls endroits dans tout le Québec à offrir ce type de contraception. De plus, c'est également à Montréal qu'une clinique lesbienne a opéré entre 1982 et 1985 avec un contre-discours qui a confronté la manière avec laquelle les centres de santé abordent la sexualité des femmes (Centre de santé des femmes du Quartier, 1986).

L'AVORTEMENT OU L'AUTO-SANTÉ: DISCUSSION SUR LA DÉFINITION DES SERVICES

Les centres de santé ont dû affronter le dilemme de la répartition des ressources dans la mesure où l'avortement a fini par canaliser la majeure partie des énergies. Ils n'ont pas été, loin s'en faut, les seuls groupes de femmes à se mobiliser en faveur de l'avortement, combat politique qui a débordé les frontières du mouvement des femmes. Parce que la plupart des groupes de femmes sont engagés dans des réseaux de solidarité avec d'autres mouvements sociaux, la question a surgi et a été débattue tout au long des années 70 dans plusieurs groupes de base, les organisations syndicales et certains partis politiques.

Tout autant que l'avortement, la politique féministe de l'auto-santé place elle aussi l'autonomie des femmes au centre de son discours et accorde beaucoup d'espace au développement de nombreuses pratiques alternatives. Il n'en demeure pas moins que la difficulté de promouvoir l'auto-santé venait de ce que ses objectifs semblaient moins spectaculaires, ses résultats se manifestant à plus long terme que dans le cas de l'avortement. La politique de l'auto-santé s'avérait donc beaucoup plus difficile à articuler et à présenter comme lutte politique d'avant-plan. En faisant référence à l'ensemble des entrevues réalisées pour cette recherche, une chose semble ressortir clairement. Si on a cherché publiquement à promouvoir certains services d'auto-santé, force est de constater qu'au niveau interne, la faveur allait à l'avortement dû à l'importance, voire même au prestige de la cause elle-même.

La promotion de l'auto-santé et de ses principes fondamentaux a obtenu l'appui de presque toutes les militantes à l'intérieur, de même qu'à l'extérieur des centres, mais cela n'a pas suffi à éviter la canalisation des énergies féministes vers l'avortement. De plus, les centres de santé qui ont le plus recherché l'équilibre entre l'auto-santé et l'avortement ont été davantage confrontés à la division des forces et des ressources.

Il faut pourtant se demander si pratiquer des avortements est en soi une lutte essentiellement politique au sens d'une transformation idéologique, politique, culturelle et sociale. Il n'y a aucun doute qu'au cours de cette période, le fait de recourir à un avortement plaçait les femmes dans une situation d'illégalité vis-à-vis le code criminel. Pendant vingt ans, entre 1969 et 1988, les militantes qui ont organisé les services de référence et qui, par la suite ont mis sur pied les cliniques d'avortements, ont risqué des poursuites judiciaires. Le discours et les pratiques féministes mis de l'avant dans les années 70, auxquels il faut ajouter les nombreuses coalitions entre les groupes de femmes, les syndicats et autres mouvements sociaux, démontrent que les intentions des militantes n'avaient rien avoir avec une stratégie d'accommodation avec la situation existante. Elles ont opté, au contraire, pour une stratégie de confrontation en vu d'un changement radical.

Mais la pratique de l'avortement n'est pas en soi politique. Même que les cliniques médicales ont pris le dessus sur la lutte politique et ce même avant la décision de la Cour Suprême en 1988. En fait, une fois les cliniques mises sur pied, elles étaient déjà devenues plus importantes que le renouvellement discursif de la lutte politique et le nécessaire développement de nouvelles stratégies d'action. Ici encore, les entrevues semblent révéler que le sentiment de satisfaction devant l'accomplissement d'une revendication politique importante a cédé le pas à la satisfaction d'offrir des services de qualité.

On pourrait se demander dès lors si la stratégie adoptée dans le but de marquer des points sur la scène politique - soit l'ouverture des cliniques comme telle - n'a pas signifié la fin de la lutte elle-même. Lors d'une série de rencontres en 1985, les centres de santé ont renouvelé leur volonté de

poursuivre dans la même voie mais ont exprimé par la même occasion leur profonde frustration de n'avoir ni le temps, ni l'énergie pour faire le travail d'analyse politique et idéologique nécessaire à l'action. Le service avait déjà pris le dessus sur la lutte politique (Regroupement des Centre de santé des femmes du Québec, 1985b,c,d).

Une autre manière d'aborder le problème serait de se demander si redéfinir la pratique de l'avortement comme une pratique d'auto-santé n'a pas contribué à lui faire perdre tout son mordant politique. Pourtant, ce déplacement de sens représente une réorientation à l'intérieur d'une lutte politique plus large, cette fois-ci contre la médecine scientifique et le système de santé. Cette nouvelle définition de la lutte pour l'avortement, qui à l'origine signifiait une lutte pour le droit des femmes à contrôler leur corps en une question de santé, a permis de mettre fin à la division à l'intérieur du contre-discours dans les centres de santé. Ceci dit, les centres de santé n'ont jamais perdu de vue que l'avortement relevait du droit des femmes. Mais en faisant en sorte que l'avortement soit désormais considéré à l'intérieur de la politique de l'auto-santé, les centres se devaient de modifier la manière de concevoir la lutte et aussi la manière d'organiser et d'opérer les cliniques elles-mêmes (Harnois, 1989). Car il y va d'une nouvelle conception de la lutte politique.

Ce ne sont pas les enjeux qui, en soi, déterminent le potentiel contre-discursif d'une formation sociale mais la manière avec laquelle, en considération du contexte, ces enjeux sont définis. Nous entrons ici dans le domaine de l'organisation du discours et de son émergence du côté de l'espace public. Bien sûr, il est nécessaire de savoir au plan stratégique comment ces luttes politiques assureront la plus grande transformation du système de santé ou de la médecine scientifique au plan de son mode de représentation du corps et du rôle social des femmes, de ses modes d'intervention et des pratiques médicales. Il s'agit également de s'assurer que la dynamique mise en oeuvre dans l'organisation des pratiques ne favorisera pas leur séparation d'avec le discours initial. Au-delà de l'analyse qui est faite sur les besoins des femmes et de la critique de la médecine scientifique et de sa représentation négative du corps des femmes, les

militantes féministes s'engagent dans un processus de renouvellement de sens dans leurs pratiques, de la manière avec laquelle elles parlent de la diversité de leurs services, du sens qu'elles donnent à différents concepts tels que "alternatifs" ou "perspective féministe" sur la santé. Tout cela doit être ajouté au compte de la dynamique de formation du contre-discours. Une formation discursive doit donc être reconnue dans l'ensemble de ses parties, de ce qu'elle intègre comme revendications - politiques, culturelles, ethniques, etc. - et surtout elle doit reconnaître la diversité des catégories sociales de femmes qui les formulent. Nous devons aussi reconnaître que cette formation discursive est constituée d'un centre et d'une périphérie et que ce qui évolue dans les marges possède une dynamique propre. Ainsi, ce qui est intégré au coeur du contre-discours devient tout aussi important, en terme qualitatif, que ce qui est exclu. Il serait impossible donc de concevoir une telle formation discursive comme une entité monolithique, immobile, fermée quant aux possibilités de transformation interne. Mais il est toujours possible que le coeur d'une formation discursive donnée demeure hermétique aux multiples questionnements qui lui proviennent de ses propres marges (Michaud, 1997,1992).

De la sorte, il n'est pas certain que la dichotomie entre avortement et auto-santé ait été résolue par l'assimilation de ces deux volets en un seul, et cela en raison des revenus importants générés par l'avortement. Tous les efforts en vue de maintenir l'autonomie organisationnelle des centres ont fait de l'avortement une réalité quotidienne plus significative que l'auto-santé elle-même. Ainsi, dans un contexte de survie financière, la perspective de voir les centres de santé se transformer en cliniques de luxe, même avec une orientation féministe, est devenue, pour plusieurs, qu'une simple question de temps.

Le discours politique ne peut être tenu pour garant de l'organisation des services alternatifs même si soutenu par une perspective féministe. La contradiction ne vient pas de l'intégration de l'avortement à l'intérieur du contexte large de la politique de l'auto-santé mais de l'absence de renouvellement du discours féministe lui-même. Et à cet égard le dilemme demeure entier. Car une partie de ce problème vient de la manière avec

laquelle les centres de santé définissent l'auto-santé devenue de plus en plus étroite, c'est-à-dire essentiellement centrée sur des questions reproductives. Ce que les femmes disent d'elles-mêmes et de leur santé - production discursive qui vient souvent en contredire d'autres et qui évolue constamment selon le contexte et la formation sociale - trouve aujourd'hui peu de place dans l'espace culturel occupé par les centres de santé. L'auto-santé est aussi devenue de moins en moins contre-discursive et n'arrive pas à se situer en dehors du modèle de la médecine scientifique lui-même. C'est la perte du but ultime de la politique de l'auto-santé et de sa mission contre le discours hégémonique de la médecine scientifique qui doit ici faire l'objet d'une nouvelle critique.

CONCLUSION

Le mouvement des Centres de santé des femmes au Québec est né à l'intérieur du contexte idéologique et politique d'une époque caractérisée par une culture militante unique. Les féministes, en particulier celles qui se sont intéressées à la santé des femmes, ont élaboré un discours et des pratiques alternatives qui ont questionné de manière radicale les façons de faire de la médecine scientifique et du système des soins de santé. Les Centres de santé des femmes se sont aussi fait connaître à travers la lutte pour l'avortement libre et gratuit et ont organisé des cliniques d'interruptions volontaires de grossesses à l'intérieur même de leur mouvement. Cet article a voulu démontrer que ce faisant, les féministes de la santé ont été confrontées à la difficulté d'harmoniser leurs services au sein de leurs organisations, surtout lorsqu'un des volets de leur militantisme, l'avortement, a été conçu comme une lutte politique ouverte contre le système. Au-delà des difficultés rencontrées, l'enjeu réside dans la capacité des centres de santé, et aussi d'autres groupes qui s'intéressent à la santé des femmes, à adopter une dynamique d'évolution et de changement qui permette le renouvellement de leur propre discours politique et idéologique. En adoptant une approche plus inclusive des réalités et des revendications en provenance de catégories sociales de femmes diversifiées, peut-être serait-il possible de renouer

avec la volonté et la tradition qui caractérisent le potentiel contre-discursif du discours sur la santé des femmes.

NOTES

1. Voir, Centre de santé des femmes du Quartier [s.d.] *Historique du Centre de santé de Montréal: souper-causerie avec Louise Vandelac, Ginette Fortier, Lise Lapierre et Francine Dandurand*. Organisé par Catherine Germain, audio cassette.

2. A cette époque le Centre de santé des femmes du quartier faisait partie de l'Inter-groupe, une coalition de quatre groupes de femmes comprenant également les éditions du remue-ménage, du Théâtre des cuisines et du Comité du 8 mars (O'Leary et Toupin, 1982).

3. Selon les termes de la loi de 1969, la plupart des avortements légaux au Québec ont été pratiqués dans les hôpitaux anglophones, soit 5,418 avortements sur 5,657 en 1975. En 1977, le gouvernement du Parti Québécois a abandonné les poursuites contre le Dr Morgentaler et a du même coup annoncé l'établissement de cliniques munies d'un comité d'avortements thérapeutiques connues sous le nom de cliniques Lazure (Comité pour l'avortement libre et gratuit, 1978, p.21-22).

4. Comité de lutte pour l'avortement libre et gratuit, 1978, p.28 et *Historique du Centre de santé de Montréal*. On parle ici d'une clinique d'Aix-en-Provence où des militantes féministes ont décidé de pratiquer des avortements selon la méthode de l'aspiration et ont été poursuivies pour pratique illégale de la médecine. Cette stratégie visait à démontrer que lorsqu'une loi est continuellement bafouée, elle devient inapplicable.

5. Discours qui n'est pas toujours unifié. Janine Brodie (1992) fait bien ressortir l'ambiguïté de la faction pro-choix lors des débats sur la recriminalisation de l'avortement en 1988 à la Chambre des Communes alors que les députés faisaient valoir deux types d'arguments: l'un sociologique et pragmatique qui présentait les femmes comme des victimes passives de leur état, l'autre basé sur la notion de droit. Ces arguments dominaient les interventions en faveur de l'avortement.

BIBLIOGRAPHIE

Bégin, Monique. «Les femmes et les sciences de la santé: une analyse politique». Colette Gendron et Micheline Beauregard (dir). *L'avenir-santé au féminin*. Boucherville: Gaëtan Morin, éditeur. 1989, pp.11-48.

Bélangier, Micheline. «La médecine n'est pas neutre». *Mémoire d'un forum de femmes: questions pratiques en éducation, en santé et sur le pouvoir*. Centrale de l'enseignement du Québec, 1986, pp. 86-97.

Boston Women's Health Collective. *Our Bodies Ourselves*. Boston: Boston Women's Health Course Collective. New York: Simon and Shuster, 1976, 1973, 1971, 1969.

Brodie, Janine. "Choice and No Choice in the House". Janine Brodie, Shelley A.M. Gavigan and Jane Jenson. *The Politics of Abortion*. Toronto: Oxford University Press, 1992, pp. 57-116.

Centre de santé des femmes de la Mauricie. *La petite histoire de nos dix ans*. Trois-Rivières, 1991, 45 pages.

Centre de santé des femmes de Québec . [s.d.] [document d'assemblée annuelle d'orientation], 1986, 37 pages.

Centre de santé des femmes du Quartier. *Objectifs du Centre de santé des femmes du Quartier*, 1989, 4 pages.

_____. *Les droits des femmes dans le système de santé: à l'intention des intervenantes auprès des femmes*. Produit par le Centre de santé des femmes de Montréal grâce à une subvention du Secrétariat d'État, quatrième trimestre, 1987, 22 pages.

_____. *Représentation écrite présentée à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Montréal, 1986, 16 pages.

_____. *On ne naît pas révoltée, on le devient: critique féministe et non exhaustive du colloque sur les médecines douces*. [rédaction, Véronique O'Leary et Renée Ouimet], 1985, 7 pages.

_____. *Présentation du Centre de santé des femmes: Kit d'intégration des militantes*. [s.d.], 19 pages.

_____. *Historique du Centre de santé de Montréal: supper-causerie avec Louise Vandelac, Ginette Fortier, Lise Lapierre et Francine Dandurand*. Organisé par Catherine Germain, audio-cassette, [s.d.].

Centre de santé des femmes de Sherbrooke. *Santé des femmes en mouvement: formation de multiplicatrices en auto-santé*. Sherbrooke: Centre de santé des femmes de Sherbrooke, 1988, 479 pages.

_____. *Document présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux du Québec*, 1986, 11 pages.

Clinique des femmes de l'Outaouais [s.d.]. *Statistiques concernant le nombre des interruptions volontaires de grossesses (1982-1992)*: 3 pages.

Comité de lutte pour l'avortement libre et gratuit. *C'est à nous de décider*. Montréal: Éditions du remue-ménage, 1978.

_____. *Nous aurons les enfants que nous voulons*. [s.l.]. Manifeste pour l'avortement libre et gratuit, 1977, 9 pages.

Fee, Elisabeth. "Women and Health Care: A comparison of Theories". Elisabeth Fee, ed. *Women and Health: The Politics of Sex in Medicine*. Second edition. Farmingdale: Baywood Publishing Compagny, Inc., 1983, pp.17-34.

Fontaine, Suzanne, Éric Plante et Marie Rinfret. *La question de l'avortement au Québec*. Québec: Conseil du statut de la femme, 1988, 48 pages.

Foster, Peggy. "Improving the Doctor-Patient Relationship: A feminist perspective" *Journal of Social Policy* 18.3 (1989): 337-61.

Gillespie-Woltemade, Nellie Marie. *The Emergence of a Feminist Metaculture: Women's Liberation As a Global Movement*. PhD Thesis. The Ohio State University, 1982.

Harnois, Luce. *L'accessibilité et la qualité des services d'avortements au Québec*. Rapport de recherche. Regroupement des Centres de santé des femmes du Québec, 1989, 137 pages.

_____. *Rapport de recherche sur l'avortement au Québec*. Regroupement des Centres de santé des femmes du Québec, 1987, 101 pages.

Jenson, Jane. "Getting to Morgentaler: From One Representation to Another," Janine Brodie, Shelley A.M. Gavigan and Jane Jenson, eds. *The Politics of Abortion*. Toronto: Oxford University Press, 1992, pp. 15-25.

Michaud, Jacinthe. "On Counter-Hegemonic Formation Within the Women's Movement and the Difficult Integration of Collective Identities," William K. Carroll, ed. *Organizing Dissent: Contemporary Social Movements in Theory and in Practice*. Second edition. Garamond Press, 1997, pp. 197-212.

_____. «Le mouvement féministe sur la santé des femmes: forces et limites de sa formation discursive et des conditions d'émergence du côté de l'espace public». Dyane Adam (dir) *Femmes francophones et pluralisme en milieu minoritaire*. Ottawa: Presses de l'université d'Ottawa, 1996, pp. 73-88.

_____. "The Welfare State and the Problem of Counter-Hegemonic Responses Within the Women's Movement". William K. Carroll, ed. *Organizing Dissent: Contemporary Social Movement in Theory and in Practice*. First edition. Garamond Press: 1992, pp.200-214.

Morgen, Sandra. "Contradiction in Feminist Practice: Individualism and Collectivism in a Feminist Health Centre," *Comparative Social Research: A Research Annual*. T.M.S. Evens and James L. Peacock, volume eds. Jai Press inc., 1990, pp. 9-59.

_____. "The Dynamic of Cooptation in a Feminist Health Clinic" *Social Science and Medicine*. 23.2 (1986): 201-10.

_____. *Ideology and Change in a Feminist Health Centre: The Experience and Dynamics of Routinization*. PhD dissertation, University of North Carolina, 1982.

O'Leary, Véronique. «Conception féministe de la santé». *Mémoire d'un forum de femmes: questions pratiques en éducation, en santé et sur le pouvoir*. Centrale de l'enseignement du Québec, 1986, pp. 117-127.

_____. et Louise Toupin. *Québécoises deboutte!* Tomes 1 et 2. Montréal: Éditions du remue-ménage, 1982.

Regroupement des Centres de santé des femmes du Québec. *Cadre de référence des Centres de santé des femmes du Québec*, 1991, 28 pages.

Regroupement des Centres de santé. *Un regard de l'intérieur: bilan des Centres de santé de femmes du Québec*. Caroline Larue (rédaction). [s.l.], 1987, 83 pages.

_____. *Les centres de santé des femmes du Québec*. Représentation écrite présentée à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Hull, 1986, 18 pages.

_____. *Le développement des Centres de santé des femmes: une contribution importante à l'amélioration des conditions de vie des femmes*. [s.l.] 1985a, 3 pages.

_____. *La pratique de l'avortement au CSF*. Document préparatoire. 4 pages; suivi de «Perspectives féministes», 1985b, 2 pages.

_____. *Forum: avortement A*). Procès verbal, 1985c, 9 pages.

_____. *Forum: avortement B*). Procès verbal, 1985d, 12 pages.

Relais-femmes. «Le Regroupement des Centres de santé pour les femmes et la non-participation», rédigé par Josée Belleau. *Les rapports des groupes de femmes avec l'État*. Compte rendu de la journée de réflexion organisée par Relais-femmes, 1985, pp 15-20.

Rusek, Sheryl Burt Rusek. *The Women's Health Movement: Feminist Challenge to Medical Control*. Preager Publishers, 1978.

Saillant, Francine. «Le mouvement pour la santé des femmes». Jacques Dufresne, Fernand Dumont, Yves Martin (dir) *Traité d'anthropologie médicale: l'institution de la santé et de la maladie*. Presse de l'Université du Québec Institut québécois de recherche sur la culture; Presses universitaires de Lyon, 1985, pp 743-62.

Simonds, Ruth, Kay, Bonnie K. And Carol Regan. "Women's Health Groups: Alternative to the Health Care System" *International Journal of Health Services*. 14.4 (1984): 619-34.

Thurston, Maxine Amelia. *Strategies, Constraints and Dilemmas of Alternative Organizations: A Study of Women's Health Centers*. PhD Thesis. The Florida State University, School of Social Work, 1987.

Walters, Vivienne, Margaret Denton. "Stress, Depression and Tiredness among Women: The Social Production and Social Construction of Health" *The Canadian Review of Sociology and Anthropology*. 34.1 (1997): 53-69.