

Nouvelles pratiques sociales



Le mouvement des centres de santé : grandeur et misère de la participation et stratégies politiques de transformation du discours de l'État

Jacinthe Michaud

Volume 10, numéro 1, printemps 1997

10^e anniversaire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301389ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301389ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Michaud, J. (1997). Le mouvement des centres de santé : grandeur et misère de la participation et stratégies politiques de transformation du discours de l'État. *Nouvelles pratiques sociales*, 10(1), 97–110. <https://doi.org/10.7202/301389ar>

Résumé de l'article

Cet article met en lumière les terrains discursifs de la participation à l'intérieur desquels les groupes de femmes sont appelés à développer leurs stratégies d'action dans le contexte de la régionalisation du système de santé et des services sociaux au Québec. L'évolution discursive propre au mouvement des Centres de santé des femmes implique tout autant une stratégie d'apprentissage du fonctionnement administratif et bureaucratique des structures gouvernementales qu'une stratégie de transformation idéologique et politique du discours de l'État envers les femmes. La possibilité pour les groupes de femmes d'opérer des changements qualitatifs dans le discours de l'État reste liée au potentiel de renouvellement du discours féministe à partir de l'expression des identités collectives au sein du mouvement des femmes.



Le mouvement des centres de santé : grandeur et misère de la participation et stratégies politiques de transformation du discours de l'État

Jacinthe MICHAUD
Programme d'Études des femmes
Université York

Cet article met en lumière les terrains discursifs de la participation à l'intérieur desquels les groupes de femmes sont appelés à développer leurs stratégies d'action dans le contexte de la régionalisation du système de santé et des services sociaux au Québec. L'évolution discursive propre au mouvement des Centres de santé des femmes implique tout autant une stratégie d'apprentissage du fonctionnement administratif et bureaucratique des structures gouvernementales qu'une stratégie de transformation idéologique et politique du discours de l'État envers les femmes. La possibilité pour les groupes de femmes d'opérer des changements qualitatifs dans le discours de l'État reste liée au potentiel de renouvellement du discours féministe à partir de l'expression des identités collectives au sein du mouvement des femmes.

INTRODUCTION : LES TERRAINS DISCURSIFS DE LA PARTICIPATION

Avec la réforme du système de santé surgissent de nouvelles appréhensions concernant une participation renouvelée des groupes de femmes aux structures régionalisées de l'État. L'orientation politique de non-participation, quel que soit le niveau de gouvernement concerné, s'est principalement justifiée dans le passé par la crainte de la récupération des services et du recul de l'autonomie organisationnelle. Dans le contexte de la présente restructuration du système de santé et de la reconnaissance du communautaire par certaines instances gouvernementales, cette position se maintient avec davantage de précarité au sein des groupes de femmes. De plus, l'argument dominant voulant que l'État représente désormais une réalité incontournable dans la vie des femmes et des groupes semble avoir triomphé des dernières réticences (Lamoureux, 1994 ; Franzway, Court et Connell, 1989 ; Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, 1989).

Cependant, le processus de participation oblige à considérer deux terrains discursifs à l'intérieur desquels les groupes de femmes ont intérêt à clarifier leurs stratégies d'action (Michaud, 1995). Le premier concerne la maîtrise du langage administratif et du modèle de gestion bureaucratique à l'intérieur duquel les groupes de femmes doivent approfondir leurs connaissances du fonctionnement étatique structurant le modèle de participation s'ils veulent être efficaces dans la gestion des prises de décision. Le deuxième terrain, obscurci par la foisonnante activité du premier, est celui des idéologies et de la recomposition de l'hégémonie. Lorsque les groupes de femmes émergent comme acteurs collectifs dans un espace de visibilité politique, ils véhiculent un contre-discours qui s'oppose à une représentation traditionnelle du rôle des femmes. Et ils ne sont pas les seuls à le faire. Plusieurs autres acteurs collectifs sont particulièrement soucieux d'intervenir dans la définition de « nouveaux paradigmes sociétaux » (Jenson, 1991, 1989 et 1986) pouvant aller jusqu'à englober des questions aussi diversifiées que les unités familiales et parentales, la sexualité, la reproduction des diverses catégories sociales de femmes, la sécurité du revenu, la santé mentale, les droits des individus au logement, au travail et autres enjeux sociaux.

Dans l'article qui suit, il sera question de l'expérience des Centres de santé des femmes, de leur émergence et de leur place au sein du système de santé québécois. Nous verrons, dans un premier temps, l'évolution des rapports du réseau féministe et alternatif de la santé des femmes avec le réseau institutionnel. J'aimerais également examiner le

sens que prennent les concepts de « partenariat » et de « complémentarité » largement retrouvés dans l'approche et les textes ministériels (Boivin, 1996 ; Valois, 1995 ; Lamoureux, 1994 ; Lamoureux et Lesemann, 1987). Suivant le sens donné au processus de participation, des terrains discursifs se dessinent à l'intérieur desquels les acteurs doivent tout autant apporter un sens politique et idéologique à la participation elle-même qu'un sens politique et idéologique à l'application des objectifs et des politiques à laquelle ils sont censés participer. La dernière partie de l'article reviendra sur les éléments structurant le renouvellement du potentiel contre-discursif des groupes de femmes¹.

LE CONTEXTE D'ÉMERGENCE DES CENTRES DE SANTÉ DES FEMMES ET LEUR POSITION SPÉCIFIQUE À L'INTÉRIEUR DU SYSTÈME

Au Québec, six Centres de santé des femmes ont été créés entre 1975 et 1982. Le premier, celui de Montréal, a remplacé le service de référence en avortement mis sur pied d'abord par le Front de libération des femmes du Québec (1969-1971) ensuite par le Centre des femmes (1972-1974) [O'Leary et Toupin, 1982]. Le Centre de santé des femmes de Québec a été, par ailleurs, le premier centre à offrir un service complet d'avortement dès sa fondation en 1978. Au cours de la même année, le Centre de santé des femmes de Sherbrooke a ouvert ses portes. En 1981, c'est au tour des Centres de santé de Trois-Rivières et de Hull de voir le jour, suivi de celui de Lanaudière l'année suivante. En 1985, les Centres de santé procèdent à la fondation officielle du Regroupement des Centres de santé des femmes du Québec. Aujourd'hui, après vingt ans d'histoire marquée par deux fermetures et un départ, seuls les centres de Montréal, de Sherbrooke et de Trois-Rivières demeurent membres de ce regroupement.

L'absence de contrôle des femmes sur leur vie reproductive, principalement la difficulté d'accès à des services d'avortement dans les hôpitaux francophones du Québec², a constitué le contexte, en même

-
1. Les données de base de cet article font partie d'une recherche entreprise sur le mouvement des Centres de santé des femmes du Québec. L'information provient pour l'essentiel de documents produits par les Centres de santé et d'autres groupes de femmes, ainsi que d'une série d'entrevues réalisées entre 1991 et 1992 auprès d'informatrices de ces groupes ainsi qu'auprès d'intervenantes de certains regroupements provinciaux des groupes de services.
 2. Le Comité de lutte pour l'avortement libre et gratuit révèle qu'en 1975, sur 5 657 avortements, 5 418 ont eu lieu dans les hôpitaux anglophones! (Comité pour l'avortement libre et gratuit, 1978 : 21-22)

temps que le prétexte de leur émergence. En offrant, en premier lieu, un service de référence pour avortements illégaux quoique non clandestins, les premières militantes féministes en santé en sont venues à développer une critique radicale de la médecine scientifique. Elles tirèrent aussi avantage du nouveau système de santé, partiellement sous contrôle étatique, pour rendre visible la réalité des femmes (Comité pour l'avortement libre et gratuit, 1978).

Dans ce contexte, on peut dire que les Centres de santé se sont positionnés comme agents de transformation idéologique et politique de la médecine scientifique et de l'ensemble du système de santé. Ils ont développé leur approche discursive liant étroitement la dénonciation de l'oppression des femmes à celle de la quête de leur autonomie. Cette étroite relation entre oppression et autonomie posée comme base du discours contre-hégémonique des centres de santé (Michaud, 1995) est inscrite dans les principes fondamentaux retrouvés dans l'énoncé des trois «D»: «démédicalisation», «déprofessionalisation» et «déséxisation». Les trois «D» représentent non seulement la critique féministe de la médecine scientifique mais créent également un lieu où s'élabore un corpus de connaissances sur la santé, où se pratique une autre manière d'intervenir sur le corps des femmes, où se développent des pratiques alternatives et féministes impliquant une approche collective, l'abandon des structures hiérarchiques et l'adoption d'un statut égalitaire pour toutes les femmes.

La position des Centres de santé à l'égard de la participation a été marquée du sceau de l'ambiguïté tout au cours des années 1980 (Michaud, 1992, 1995 ; Relais-femmes, 1985). Par la suite, les centres se retrouvent dans l'obligation de clarifier leur position à différents niveaux du système de santé. Néanmoins, il faut sans doute remonter aux débuts des Centres de santé pour retrouver l'origine de la relation complexe qui les lie au réseau institutionnel de santé. Les premières militantes féministes venaient d'horizons divers, et un nombre suffisamment important d'entre elles travaillaient déjà dans les institutions médicales. Elles étaient infirmières, travailleuses sociales, parfois même médecins. Leurs pratiques au sein du réseau institutionnel leur permettaient d'en constater les lacunes. Avec d'autres militantes, elles ont collaboré à la formation d'une critique radicale de la médecine scientifique et de son discours sur le corps des femmes. De la même manière, elles ont participé à l'élaboration d'un nouveau savoir et d'une expertise féministe inspiré de la publication, *Our Bodies Ourselves* (Boston Women's Health Collective, 1971) qui a marqué le «*self-help*» américain.

Nous parlons ici de la circulation de connaissances entre deux réseaux fort différents quant à leur mode d'intervention. Dans le cas du réseau institutionnel, ce type de circulation s'est traduit par une lente et indéniable infiltration de l'expérience des Centres de santé. Ainsi, l'approche collective si chère aux Centres de santé a pu, d'une certaine manière, être reprise par quelques centres locaux de services communautaires (CLSC) avec l'organisation de sessions de formation ou de groupes de rencontres sur des sujets concernant la santé des femmes.

Les travailleuses qui étaient dans les CLSC, c'étaient des féministes, aussi féministes que les militantes du centre de santé. C'étaient des femmes qui ont mené des batailles terribles [...] Il y en avait qui se battaient dans leur CLSC pour qu'il y ait des pratiques collectives aussi et elles en ont fait d'ailleurs des pratiques collectives. (Informatrice du Centre de santé des femmes du Quartier de Montréal)

Plusieurs se plaindront toutefois qu'en agissant de la sorte, le réseau institutionnel ne reconnaissait que peu ou prou l'expertise féministe si patiemment élaborée dans les Centres de santé, qu'il ne faisait que récupérer et remodeler à son image une façon de faire des Centres de santé répondant à une demande de plus en plus pressante des femmes. Quoiqu'il en soit, la tendance chez les intervenantes des Centres de santé a bel et bien été de faire valoir leur expertise féministe à divers niveaux du système particulièrement dans les CLSC, mais aussi dans certains hôpitaux. Les objectifs étaient fort simples : changer les pratiques médicales traditionnelles, faire valoir l'analyse féministe, se poser comme une ressource alternative incontournable en lien avec la communauté des femmes estimée la seule à être capable de répondre de façon satisfaisante à leurs besoins propres.

L'impact de la circulation des services, des intervenantes et des connaissances venant du réseau alternatif, même s'il demeure difficilement mesurable, n'en demeure pas moins indéniable. À partir du moment où les Centres de santé ont commencé à faire valoir la qualité de leurs services, de leur expertise féministe et forts de la demande des femmes en provenance des milieux où ils se sont implantés, ils ont recherché une reconnaissance formelle. Et la matérialité de cette reconnaissance passait par un financement suffisant.

Contrairement aux années soixante-dix où on considérait que le financement de l'État c'était de la récupération, dans les années quatre-vingt [...], nous pensons répondre aux besoins des femmes et nous développons des pratiques féministes en santé [...] C'est une alternative, ça remet en question le système médical, le système de santé, ça donne du pouvoir aux femmes et il faut que l'État le reconnaisse parce que les femmes nous appuient. C'est un peu comme développer un réseau parallèle que l'État doit reconnaître

et financer comme tel. C'est un peu le requestionnement du rôle de l'État. Je trouve, avec le recul, on peut le voir comme de la récupération, mais moi je pense que c'est la réalisation que le système de santé au Québec, comme bien d'autres systèmes, n'arrive pas à répondre à tout. (Informaticienne du Regroupement des Centres de santé)

L'ÉVOLUTION DU DISCOURS ET DES PRATIQUES DE PARTICIPATION

Les Centres de santé se sont donc attardés, dans un premier temps, à la formation interne d'un contre-discours féministe. De manière concomitante, cependant, des relations d'échange s'élaborent entre les réseaux institutionnel et féministe. C'est donc auprès de certaines instances administratives du ministère de la Santé et des Services sociaux que les Centres de santé tentent alors de faire valoir les lacunes du système et leur présence indispensable auprès de la communauté des femmes. Tout au cours des années 1980, jusqu'à la création des Régies régionales en 1992, les rapports administratifs et bureaucratiques entre l'État et les groupes de femmes se sont considérablement modifiés. Au milieu des années 1980, par exemple, le gouvernement du Québec reconnaît clairement, dans son plan d'action, les groupes de femmes en tant que «partenaires essentiels» (Gouvernement du Québec, 1987b). À cette époque, les groupes de femmes, en particulier les groupes de services, avaient l'habitude de faire une demande annuelle de financement directement au bureau de la ou du ministre. Cette présentation était généralement suivie d'une réunion qui se voulait informelle et amicale, quoique significative politiquement, avec de hauts responsables du ministère. Chaque demande présentée était ensuite étudiée par le programme «Soutien aux organismes communautaires» (SOC) [Gouvernement du Québec, 1992b]. Par un tel procédé, les représentantes des groupes de femmes avaient la chance de s'asseoir avec les acteurs politiques et parfois même avec la ou le ministre, ne manquant jamais une occasion de souligner leur importance dans leur milieu de même que la qualité de leur expertise.

Il est nécessaire de se rappeler ici que le discours de l'État sur la participation s'inscrit à l'intérieur du contexte décrit par Lamoureux et Lesemann dans leur rapport soumis à la Commission Rochon en 1987. La crise de l'État-providence, écrivent-ils alors, fait appel à la responsabilité communautaire, à la solidarité des citoyens, au développement du bénévolat et au partenariat. Toujours selon les auteurs, l'appel du gouvernement à la responsabilité communautaire s'est fait de façon plutôt ambiguë au début, mais la logique qui soutient cette approche met

toutefois en lumière la base d'un nouveau modèle de services qui s'adapte aux exigences gouvernementales de rationalisation économique et administrative.

Depuis la publication du rapport de la Commission Rochon en 1988 et l'instauration des régies régionales, la pratique du partenariat prend une configuration beaucoup plus contraignante pour les groupes. Les représentantes féministes, pour ne parler que de celles-ci, doivent maintenant négocier leur financement au niveau régional. Les régies régionales sont devenues les maîtresses d'œuvre de la redistribution des budgets alloués par le ministère, et par là, de la reconnaissance officielle des groupes (Pineault, 1992). Il est à noter, cependant, que les régies demeurent liées aux priorités établies par ce même ministère, ce qui maintient le caractère centralisé de l'État ; du moins quant à l'identification des problèmes et des groupes sociaux cibles, objets de l'attention ministérielle. Avec ces nouvelles règles du jeu, la possibilité d'obtenir une rencontre au plus haut niveau du ministère devient limitée. La reconnaissance procédera du niveau régional et se matérialisera de façon inégale d'un endroit à un autre.

Des fois, c'est important que ça soit centralisé pour éviter [d]es jeux de pouvoir. On est pas toujours d'accord avec les décisions mais il reste [que] quand il y en a une qui est prise et qu'elle est en notre [faveur], qu'elle s'impose partout. C'est quand même un avantage [...] (Informatrice du Centre de santé du Québec)

On pourrait objecter qu'un pas vers la reconnaissance formelle a été franchi avec la création de ces régies régionales. Les groupes communautaires ont vu leur importance confirmée et leur représentation reconnue. La représentation allouée aux organismes communautaires est de 20 %, laquelle doit inclure un 5 % de représentation des groupes de femmes. Ce dernier pourcentage demeure contesté puisque aucune documentation écrite ne fait état, à ce jour, d'une telle proportion pour les groupes travaillant sur la question des femmes³.

Outre le 20 % alloué aux organismes communautaires, la composition des régies régionales est la suivante : 20 % de représentants et représentantes des municipalités, 20 % élus par les organismes que les régies régionales auront désigné comme étant les plus représentatifs des groupes socio-économiques de la région et 40 % de membres des conseils d'administration des établissements médicaux privés et publics (Pineault, 1992 : 83).

3. Propos recueillis auprès d'une ancienne agente gouvernementale du Comité de la condition féminine du MSSS. Le pourcentage de 5 % a été suggéré lors d'une entrevue informelle avec deux agentes du SOC.

À partir de cette distribution, nous pouvons constater que les groupes de femmes doivent entrer en action à deux niveaux. En premier lieu, ils doivent exercer des pressions au sein des groupes communautaires eux-mêmes, leurs plus proches alliés dans cette nouvelle donnée politique ; ils doivent assurer une représentation juste et équitable de leurs préoccupations. En deuxième lieu, les groupes de services doivent mobiliser leurs énergies pour les élections à différents niveaux des institutions locales, tels les hôpitaux et les CLSC, là où la participation des citoyens et citoyennes est sollicitée, afin de s'assurer une représentation sympathique à leur cause.

La nouvelle régionalisation élimine le genre de centralisation de la période précédente mieux adaptée aux Centres de santé et aux groupes de femmes en général. Par exemple, les nouvelles régies régionales peuvent se montrer favorables à quelques Centres de santé seulement, ceux qui auront argumenté avec succès leur pertinence au sein de leur communauté ou qui auront démontré leur capacité de prendre en compte les priorités politiques du gouvernement. Il y a aussi, bien sûr, tout l'aspect financier qui emprisonne les Centres de santé à l'intérieur de cette nouvelle structure de participation. Mais plusieurs sont déjà déterminés à y faire face et à continuer de faire pression pour l'instauration de politiques et de réformes qui répondent aux besoins des femmes. Après tout, les intervenantes des Centres de santé maintiennent que le gouvernement n'a pas d'autre choix que de leur prêter une oreille attentive.

Le partenariat, ce n'est pas un hasard que le gouvernement fonctionne de cette manière-là. Ils sont obligés de tenir compte d'une force qu'ils ont méconnue ou ignorée pendant des années. Parce que nous sommes très critiques par rapport à ce partenariat-là. [...] On le sait qu'on est partenaire à parts inégales, c'est bien clair. C'en est plein maintenant dans le nouveau discours du gouvernement, le partenariat, la complémentarité, alouette, y en mettent [...] Mais ça dit aussi d'une certaine façon la reconnaissance forcée qu'ils font du communautaire, des mouvements de femmes... Ils sont poignés avec ça. (Informatrice du Regroupement des Centres de santé)

LA COMPLÉMENTARITÉ CONTRE LE PARTENARIAT

Une question demeure pourtant. Quel sens faut-il attribuer au concept de partenariat ? Recouvre-t-il les mêmes réalités selon que l'on se place du côté des groupes de femmes ou du côté de l'État ? Parmi les concepts utilisés pour définir les relations de participation entre l'État et les organismes communautaires, Lamoureux et Lesemann attireraient déjà notre attention en 1987 sur ceux de « partenariat » et de « complémentarité »,

lesquels caractérisent la nouvelle configuration des rapports qui se nouent. Partenariat et complémentarité, disent-ils, ne sont pas interchangeables mais doivent être placés en compétition l'un par rapport à l'autre. Ces deux concepts ont connu une évolution de sens. La complémentarité, plus que le partenariat, peut être comprise en tant que pratique de régulation étatique, en tant que domination et récupération de certaines forces vitales de la communauté, alors que d'autres sont évincées (Lamoureux et Lesemann, 1987).

Dans *Partenariat à l'épreuve*, Lamoureux parle peu de la complémentarité mais soutient que ce concept représente une caractéristique négative de la participation. La complémentarité fait référence à une pratique et à un type de relation que les groupes refusent. Avec la complémentarité, les services rendus par les groupes ne sont reconnus que partiellement, sélectionnés sans égard à l'ensemble de l'expertise alternative patiemment développée dans le communautaire au fil des années (Lamoureux, 1994).

Cet aspect négatif de la complémentarité jette également une ombre sur le sens que le terme de partenariat peut adopter suivant le contexte. Selon Gary Kinsman (1992), dans la mesure où la négociation se déroule entre partenaires aux intérêts divers et où l'État se réserve le rôle de médiateur, l'utilisation du terme de partenariat exige la neutralisation du rapport inégal de pouvoir et élimine la possibilité de transformer le sens hégémonique attribué au processus lui-même.

Partnership has a nice neutral ring to it. It is difficult to question or oppose because it draws us into constructing a consensus. Partnership sounds consensual, it implies that everyone is being an equal voice, that all partners are equal. It is therefore a useful conceptualization for the construction of hegemonic relations. [...] As problems emerge, the terrain of struggle becomes framed by the terms of partnership but not the concept of partnership itself. The struggle takes place within the shared discursive framework of partnership and does not burst its hegemonic boundaries. (Kinsman, 1992 : 223)

En dépit des recommandations de la Commission Rochon, les documents gouvernementaux ne sont pas toujours aussi clairs. Par exemple, certains textes décrivant la réforme et la nouvelle politique de la santé et du bien-être (Gouvernement du Québec, 1992, 1990) semblent mystérieusement discrets quant à l'engagement envers un partenariat véritable au sens où les groupes le souhaiteraient. Par contre, le concept de complémentarité y est utilisé, signifiant l'instauration d'un processus sélectif par lequel une partie seulement des activités sont reconnues.

En raison du type de complémentarité refusé, le Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes

victimes de violence conjugale avait déjà, en 1987, particulièrement critiqué la récupération de certains de leurs services au sein des structures administratives du réseau institutionnel (Godbout *et al.*, 1987). Il n'est donc pas étonnant de constater que ce même regroupement continue de lutter contre la récupération d'un problème social qu'il a patiemment travaillé à rendre visible.

La complémentarité est loin d'être disparue avec la publication de la *Politique de la santé et du bien-être* (1992a) qui décrit les orientations du gouvernement sur la violence à la suite de la restructuration du système de santé et des services sociaux. On pourrait se demander si la régionalisation du système ne viendra pas institutionnaliser cette complémentarité tant décriée par les groupes, une complémentarité avec les établissements de santé qui viendra renforcer l'inégalité des statuts non seulement avec ces établissements mais aussi avec d'autres groupes d'intérêt se réclamant de quelque expertise dans le domaine.

Dans un tel cas, on pourrait craindre que l'intégration officielle et administrative des organismes communautaires conduise à accroître l'invisibilité et l'exclusion, et pour finir, à éteindre les voix qui furent, à une certaine période, les plus importantes critiques des politiques et de l'action gouvernementales dans la société civile. La pertinence des Centres de santé des femmes se trouve aussi affaiblie depuis que certains établissements de santé, en particulier les CLSC, ont intégré lentement une certaine manière de faire empruntée au réseau alternatif, prétendant maintenant offrir les mêmes services que les Centres de santé.

Les militantes féministes de la santé parviendront-elles à contrer cet apparent dédoublement des services entre les deux réseaux et à faire valoir ce qui leur reste en propre et qui ne se retrouve nulle part ailleurs, c'est-à-dire leurs pratiques alternatives, l'approche collective et l'expertise féministe qu'elles ont su développer en lien avec la communauté des femmes? Autrement dit, est-il possible de poursuivre la dynamique du renouvellement du contre-discours féministe dans le champ politique et idéologique où se forment et se transforment les discours sur la santé et sur le corps des femmes?

DISCUSSION : À PROPOS DU RENOUVELLEMENT DU CONTRE-DISOURS FÉMINISTE

On pourrait penser que l'effort du mouvement des Centres de santé et des groupes de femmes s'arrête là. Ils ont obtenu une reconnaissance comme organisme communautaire et même si le financement demeure

aléatoire, cette reconnaissance leur confère un atout dans la répartition des budgets. Ils ont aussi obtenu la possibilité de jouer un rôle, même si la portée de leur influence s'exerce au niveau régional.

Pour restreint qu'il soit, l'espace régional représente en soi un espace de visibilité politique où le jeu des alliances, de même que les rapports de confrontation entre les nouveaux « partenaires », nécessite bien plus qu'une parfaite maîtrise des dossiers gouvernementaux et que l'apprentissage du langage bureaucratique et administratif. Malgré les apparences, les régies régionales ne font pas qu'assurer le bon fonctionnement des services suivant les priorités et les budgets préétablis par le ministère. Les régies régionales constituent également un espace politique discursif où circulent plusieurs visions du monde et des visions idéologiques et politiques diverses concernant la santé des citoyennes et des citoyens.

Ainsi, les groupes communautaires, dont les groupes de femmes, suivant le pourcentage de représentation qui leur est assuré, doivent s'asseoir avec les représentants municipaux, les groupes socio-économiques et surtout les professionnels de la santé. En plus de s'initier aux jeux des négociations, ils doivent créer des alliances avec les forces qui se rapprochent le plus de leur plate-forme politique.

L'enjeu est d'une importance réelle. Déjà, certains groupes de femmes et communautaires ont fait savoir que refuser ces espaces de participation et de visibilité politique était laisser le champ libre à d'autres forces sociales qui n'ont pas nécessairement à cœur la défense d'un modèle alternatif en santé ni l'expertise féministe (Lamoureux, 1994 ; Regroupement provincial..., 1989). C'est de cette façon que déjà, en 1989, le Regroupement provincial des maisons d'hébergement comprenait son rôle, se donnant l'obligation d'intervenir contre l'idéologie « familialiste » du réseau institutionnel et l'approche « psychologisante » adoptée par certaines composantes du milieu (Regroupement provincial..., 1989). Nous avons vu également que c'est en ces termes que les intervenantes des Centres de santé ont disséminé leur expertise au sein de certains milieux du réseau et ont tenté de changer les attitudes envers les femmes, voire la représentation traditionnelle du corps des femmes véhiculée par la médecine scientifique.

On objectera toujours, cependant, qu'une telle participation demeure fondamentalement inégale (Boivin, 1996 ; Lamoureux et Lesemann, 1987) et que la voie d'une institutionnalisation aussi contraignante ne peut qu'influencer négativement le potentiel de formation d'un contre-discours au sein des groupes de femmes (Relais-femmes, 1985). Et pourtant, il en va ainsi de l'ensemble des espaces de visibilité au sein

desquels les groupes de femmes choisissent d'intervenir pour transformer les discours dominants. Au-delà de la stabilité financière et de la reconnaissance institutionnelle, à partir du moment où les groupes acceptent le jeu de la participation, l'objectif de contrer les modèles discursifs dominants prend une importance considérable dans les stratégies d'action. Dès lors, l'enjeu n'est pas de refuser ou d'accepter la participation, mais de reconnaître que l'ultime priorité réside dans la dynamique qui préside à la formation d'un discours féministe qui sache mettre en lumière toute la diversité et la multiplicité des expériences de la vie des femmes.

Cela signifie que le potentiel contre-discursif du mouvement féministe doit s'appuyer encore et toujours sur la communauté des femmes. C'est avec la communauté des femmes que le projet féministe sur la santé a vu le jour, c'est à partir de leurs besoins de «démédicalisation», de «déséxisation» et de «déprofessionalisation» que ces mêmes Centres ont ensuite senti le besoin de créer leurs propres espaces alternatifs de santé. Des lieux d'élaboration d'une critique radicale de la médecine scientifique ont aussi été créés et un discours féministe de dénonciation de l'oppression des femmes et de leur quête d'autonomie sous toutes ses facettes (personnelle, politique, économique et sociale) a été élaboré.

Cependant, la manière de définir la communauté des femmes sur les plans politique, idéologique, social, culturel, s'est largement modifiée depuis que de multiples voix collectives se sont faites entendre et ont réclamé la visibilité et l'inclusion de leur réalité à l'intérieur du mouvement féministe. Les militantes de la santé, quel que soit leur lieu collectif d'intervention, doivent reconnaître dans une perspective de transformation interne du contre-discours féministe la centralité d'un tel enjeu dans l'expression des besoins des femmes. Les revendications venant de femmes de différentes classes sociales, d'orientations sexuelles diverses, d'origine ethnique multiple ou vivant avec un handicap, même si elles émergent en marge du contre-discours féministe, doivent agir de manière à en transformer la plate-forme politique principale. Les questions de race, de classe, d'orientation sexuelle, de handicap, ne deviennent pas seulement de nouvelles revendications qu'il suffit d'ajouter à une liste d'épicerie déjà longue, mais leur inclusion à la plate-forme politique principale doit pouvoir se faire de manière à y opérer une transformation qualitative. Ce contre-discours féministe, ainsi renouvelé de manière constante, agira comme élément déterminant dans l'élaboration d'une nouvelle manière de définir et de voir les besoins des femmes au sein d'un nouvel espace de visibilité politique (Michaud, 1997, 1995, 1992).

C'est donc dire que la dynamique interne de la formation du contre-discours féministe doit être reconnue dans toutes ses composantes. Cela

d'autant plus que les groupes de femmes sont constamment engagés dans bon nombre de coalitions de solidarité où le processus de mise ensemble des intérêts et des préoccupations nécessite une négociation continue (Michaud, 1992, 1995). Ce qui est essentiel alors dans le phénomène d'inclusion des identités collectives concerne non seulement le résultat final en termes de contenu, mais le processus par lequel se sont négociées la formation discursive centrale et l'action de l'ensemble des parties.

L'analyse féministe, lorsqu'elle évolue à l'intérieur du champ de la politique institutionnelle, doit renouveler son potentiel discursif, non seulement pour exiger et obtenir des réformes ou s'opposer au recul des acquis sociaux, ou encore exiger et obtenir de la reconnaissance et du financement, mais surtout pour mettre de l'avant un discours capable de transformer le discours hégémonique sur le corps et la santé des femmes.

Bibliographie

- BOIVIN, Louise (1995-1996). « L'économie sociale : ou comment faire passer en douceur la réduction des dépenses sociales de l'État », *Temps fou*, n^{os} 8-9, 10-11.
- BOSTON WOMEN'S HEALTH COLLECTIVE (1971). *Our Bodies Ourselves*, Boston, Boston Women's Health Course Collective (1973) [1976], New York, Simon and Shuster.
- COMITÉ DE LUTTE POUR L'AVORTEMENT LIBRE ET GRATUIT (1978). *C'est à nous de décider*, Montréal, Éditions du Remue-ménage.
- FRANZWAY, Suzanne, COURT, Diane et R.W. CONNELL (1989). *Staking a Claim : Feminism, Bureaucracy and the State*, Polity Press.
- GODBOUT, Jacques, LEDUC, Murielle et Jean-Pierre COLLIN (1987). *La face cachée du système*, présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Publications du Québec, 161 pages.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1987a). *Une politique d'aide aux femmes violentées*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 51 pages.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1987b). *Vers l'égalité : orientations triennales en matière de condition féminine 1987-1990*, Québec, Secrétariat à la condition féminine, 42 pages.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Publications du Québec.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1990). *A Reform Centred on the Citizen : Health Social Services Reform*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 83 pages.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1992a). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 187 pages.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1992b). *Programme de soutien aux organismes communautaires 1993-1994*, Québec, Ministère de la Santé et Services sociaux, 24 pages.

- JENSON, Jane (1986). « Gender and Reproduction: Or, Babies and the State », *Studies in Political Economy*, vol. 20, 9-46.
- JENSON, Jane (1989). « Paradigms and Political Discourse: Protective Legislation in France and the United States Before 1914 », *Canadian Journal of Political Science*, vol. 2, 235-258.
- JENSON, Jane (1991). « All the World's a Stage: Ideas, Space and Times in Canadian Political Economy », *Studies in Political Economy*, vol. 36, 43-72.
- KINSMAN, Gary (1992). « Managing AIDS Organizing: "Consultation", "Partnership", and the National AIDS Strategy », CARROLL, William K. (dir.), *Organizing Dissent: Contemporary Social Movements in Theory and in Practice*, Garamond Press, 215-231.
- LAMOUREUX, Jocelyne (1994). *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, Éditions Saint-Martin.
- LAMOUREUX, Jocelyne et Frédéric LESEMANN (1987). *Les filières d'action sociale: les rapports entre les services sociaux publics et les pratiques communautaires*, présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Publications du Québec, 246 pages.
- MICHAUD, Jacinthe (1992). « The Welfare State and the Problem of Counter-Hegemonic Responses Within the Women's Movement », dans CARROLL, William K. (dir.), *Organizing Dissent: Contemporary Social Movements in Theory and in Practice*, Garamond Press, 200-214.
- MICHAUD, Jacinthe (1995). *Angel Makers or Trouble Makers? The Health Centres Movement in Québec and the Conditions of Formation of a Counter-Hegemony on Health*, Thèse de doctorat, University of Toronto, 349 pages.
- MICHAUD, Jacinthe (1997). « On Counter-Hegemonic Formation Within the Women's Movement and the Difficult Integration of Collective Identities », dans CARROLL, William K. (dir.), *Organizing Dissent: Contemporary Social Movements in Theory and in Practice*, 2^e éd., Garamond Press.
- O'LEARY, Véronique et Louise TOUPIN (1982). « Nous sommes le produit d'un contexte », *Québécoises debouttes!*, Montréal, Éditions du Remue-ménage, tome 1, 21-50.
- PINEAULT, Raynald (1992). « The Reform of the Quebec Health-Care System: Potential for Innovation? », dans DAVIS, Mathwin (dir.), *Health Care: Innovation, Impact and Challenge*, Kingston, School of Policy Studies/School of Public Administration, Queen's University, 73-94.
- REGROUPEMENT PROVINCIAL DES MAISONS D'HÉBERGEMENT ET DE TRANSITION POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE (1989). « Au grand jour », Madeleine LACOMBE (rédigé par), Montréal, Éditions du Remue-ménage.
- RELAIS-FEMMES (1985). *Le Regroupement des centres de santé pour les femmes et la non-participation*, Josée Belleau (rédigé par), Les rapports des groupes de femmes avec l'État, Compte rendu de la journée de réflexion organisée par Relais-femmes, 15-20.
- VALOIS, Pierre (1995). « Désengagement ou "des engagements" ? », *Virtualités*, vol. 3, n° 1, novembre-décembre, 9-14.