

Dix ans d'intervention féministe au Québec : bilan et perspectives

Michèle Bourgon et Christine Corbeil

Volume 15, numéro 1, juin 1990

Les Québécoises : dix ans plus tard

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031550ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031550ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bourgon, M. & Corbeil, C. (1990). Dix ans d'intervention féministe au Québec : bilan et perspectives. *Santé mentale au Québec*, 15(1), 205–222.
<https://doi.org/10.7202/031550ar>

Résumé de l'article

Après un rappel des origines et des principales caractéristiques de la thérapie féministe telle qu'elle est apparue aux États-Unis à la fin des années 1960, les auteures de cet article analysent les conditions d'émergence et la spécificité de l'intervention féministe au Québec, appellation que la majorité des intervenantes québécoises utilisent lorsqu'elles décrivent leur pratique auprès des femmes. L'accent sera mis sur l'analyse des pratiques féministes en milieu institutionnel, en raison de leur développement exceptionnel au cours des dernières années. L'article présente de manière succincte les deux principaux courants de pensée qui inspirent ces pratiques, soit le courant socio-behaviorale et le courant de la conscientisation. Après un bref bilan de l'intervention féministe au Québec, les auteures s'interrogent sur ses perspectives d'avenir.

Dix ans d'intervention féministe au Québec : bilan et perspectives

*Michèle Bourgon**
*Christine Corbeil**

Après un rappel des origines et des principales caractéristiques de la thérapie féministe telle qu'elle est apparue aux États-Unis à la fin des années 1960, les auteures de cet article analysent les conditions d'émergence et la spécificité de l'intervention féministe au Québec, appellation que la majorité des intervenantes québécoises utilisent lorsqu'elles décrivent leur pratique auprès des femmes. L'accent sera mis sur l'analyse des pratiques féministes en milieu institutionnel, en raison de leur développement exceptionnel au cours des dernières années. L'article présente de manière succincte les deux principaux courants de pensée qui inspirent ces pratiques, soit le courant socio-behaviorale et le courant de la conscientisation. Après un bref bilan de l'intervention féministe au Québec, les auteures s'interrogent sur ses perspectives d'avenir.

L'intervention féministe fête aujourd'hui ses dix ans d'existence au Québec. Au fil de ces années, elle a gagné ses lettres de noblesse à plusieurs égards. Elle a inspiré et modifié la pratique de nombreuses intervenantes qui œuvrent dans les CLSC, les CSS, les hôpitaux psychiatriques et dans les groupes autonomes de femmes. De plus, elle est enseignée dans plusieurs programmes universitaires, figure dans les plans de formation en cours d'emploi de nombreux organismes de santé et de services sociaux et sert d'orientation de base à des programmes cadre de formation du ministère de la Santé et des Services sociaux¹.

De toute évidence, le moment pour dresser un premier bilan est bien choisi, d'autant plus que les conditions socio-politiques et idéologiques qui prévalaient au moment de l'apparition de cette nouvelle approche se sont largement transformées, de même que le contexte de la pratique psychosociale. Nous nous proposons donc de tracer un bref bilan de l'intervention féministe au Québec, de rappeler ses conditions d'émergence, d'identifier ses acquis et ses forces, mais aussi ses limites et ses faiblesses. Bien entendu, cet article ne prétend pas faire le tour de l'ensemble des expériences d'intervention féministe au Québec. Nous mettons l'accent sur les pratiques en milieu institutionnel en raison de leur développement exceptionnel au Québec, alors que partout ailleurs (principalement aux États-Unis, en Grande-Bretagne et en Italie), l'intervention féministe demeure en marge des institutions, limitée à la pratique privée et à certains groupes autonomes

* Les auteures sont professeures de travail social au département de travail social de l'Université du Québec à Montréal. Elles remercient Gilbert Renaud et Marie-Lise Brunel qui ont accepté de commenter la première version de cet article.

de femmes. Compte tenu de ces circonstances, nous avons cru pertinent d'évaluer l'impact de ce milieu de pratique sur les orientations de l'intervention féministe, sur ses objectifs et sur sa conceptualisation des rapports sociaux en général et plus particulièrement des rapports entre les sexes.

Entre autres questions, nous nous sommes demandées si ses visées politiques et sociales, considérées comme révolutionnaires par rapport aux pratiques traditionnelles, s'étaient matérialisées, ou encore si elles avaient été écartées en cours de route, au profit d'une meilleure intégration au sein des institutions de services sociaux et de santé. Quelle place occupe maintenant l'intervention féministe au Québec et quel avenir lui réserve-t-on ? Quels sont les différents courants de pensée (au sein du mouvement des femmes et parmi les thérapies psycho-sociales) qui ont le plus influencé cette approche ?

Pour dresser un bilan exhaustif de l'intervention féministe, nous aurions souhaité interroger les intervenantes qui ont travaillé à sa mise en œuvre, tant en milieu institutionnel que communautaire, au cours des dix dernières années et les entendre témoigner de la spécificité et de l'évolution de leurs pratiques. Malheureusement, les délais de rédaction de cet article ne nous permettaient pas de procéder à cette enquête approfondie. Par ailleurs, la rareté des écrits québécois sur le sujet n'a pas facilité notre tâche. Nous savons combien les praticiennes sont appelées à répondre à des situations de crises et, dans le feu de l'action, à quel point elles disposent rarement de temps et d'espace pour écrire et analyser leur expérience quotidienne d'intervention auprès des femmes. Nous avons donc décidé de puiser dans nos expériences de professeures d'université et de formatrices à l'intervention sociale en milieu institutionnel (CLSC, CSS, CRSSS et CA) pour y trouver la connaissance et les outils d'analyse suffisants à une première appréhension d'un phénomène encore très récent.²

Pour débiter ce survol des dix ans d'intervention féministe au Québec, il convient de rappeler le contexte d'émergence de la thérapie féministe aux États-Unis au début des années 1970 et ses objectifs d'intervention, et d'esquisser ses principaux fondements idéologiques et politiques. Ensuite, nous analyserons la spécificité de l'intervention féministe au Québec³ telle qu'elle s'est imposée au cours des années 1980, ses principaux courants et ses diverses pratiques. Nous terminerons par un bilan sommaire de la situation actuelle et une investigation des perspectives d'avenir.

Au départ... une thérapie révolutionnaire ?

Il existe une littérature abondante sur les fondements de la thérapie féministe américaine (Rawlings et Carter, 1977 ; Corbeil, 1979 ; Sturdivant, 1980 ; Corbeil et al., 1983 ; Greenspan, 1983 ; Russell, 1984). Notre objectif n'est pas d'en faire une synthèse détaillée, mais plutôt de rappeler brièvement les grands principes et objectifs à l'origine de cette pratique auprès des femmes.

Les premiers textes qui posent les jalons de la thérapie féministe sont publiés aux États-Unis à l'aube des années 1970 (Carter, 1971 ; Burtle et Franks, 1974 ; Mander et Rush, 1974). Ces écrits tentent de systématiser dans une pratique concrète et radicale le discours dominant du féminisme américain de la *deuxième vague*. Ce dernier, depuis près de dix ans, dénonçait les rôles féminins contraignants et dévalorisés (Friedan, 1963), les valeurs sexistes de la psychothérapie (Broverman et Broverman, 1970 ; Gornick et al., 1971) et l'absence de pouvoir des femmes sur leur corps, sur leur santé et sur leur destinée (Greer, 1971).

Betty Friedan (1963), Kate Millet (1974) et Phyllis Chesler (1975) accusaient, tour à tour, l'institution médicale et ses principaux experts d'abus de pouvoir, de discrimination et de mépris à l'égard des femmes. Selon elles, les théories sous-jacentes à leurs interventions infantilisent les femmes, limitent leurs capacités d'expression de soi, répriment toute manifestation d'autonomie et de liberté, les étiquettent folles, névrosées, masochistes et médicalisent leur souffrance. Parmi les principales cibles des féministes de l'époque figurent la psychiatrie et, en particulier, la conception freudienne de la psychologie féminine (Russell, 1979).

En remplacement du modèle servante/mère/épouse véhiculé par cette psychiatrie traditionnelle, les féministes américaines proposent un nouveau modèle : celui de la femme indépendante et autonome tant sur le plan affectif que financier, libre dans son corps et dans sa sexualité et capable de nommer et d'agir sur ses besoins à *elle*.

Afin de matérialiser ce nouvel idéal de femme, plus conforme aux exigences socio-économiques et idéologiques des années 1970, la thérapie féministe américaine encourage les femmes à briser leur isolement, à redécouvrir leur potentiel, à exprimer leur colère, à rechercher le plaisir et à affirmer leurs droits. Fortement influencée par les groupes de conscientisation, nés à la fin des années 1960, la thérapie féministe prône également une démarche de partage du vécu personnel et collectif des femmes en vue de les déculpabiliser, de collectiviser leurs problèmes, et de développer chez elles une conscience politique susceptible de faire émerger de nouvelles solidarités. Alice Home nous rappelle que les premiers groupes de conscientisation « étaient structurés de façon à encourager les femmes à dépasser les comportements de dépendance ou de passivité et à acquérir de nouvelles compétences de leadership » (1988, 62).

Ceci dit, pour les féministes de l'aile radicale, non seulement la relation thérapeutique est à la fois une relation personnelle et une activité politique, mais encore l'implication dans le mouvement des femmes est un prolongement nécessaire à toute réflexion amorcée dans le cadre d'un groupe de thérapie (Greenspan, 1985). Étant donné les dimensions culturelles, économiques et politiques de l'oppression des femmes, les féministes radicales issues de la gauche militante rappellent l'importance de dépasser l'individuel pour se centrer sur l'action politique de masse. Dans un article qui retrace l'évolution des groupes de conscientisation, Naomi Braun Rosenthal (1984)

constate que ces derniers se sont progressivement éloignés de l'aile radicale du mouvement des femmes au cours des années 1970 et qu'ils ont perdu leur caractère révolutionnaire en se rapprochant des courants réformistes et de leurs objectifs de croissance personnelle. Davantage préoccupées à rehausser l'estime de soi des femmes et leur capacité à s'affirmer, la majorité des thérapeutes féministes opèrent un glissement important dans leur vision du changement et dans leur engagement envers les femmes : d'une lutte acharnée contre toute politique discriminatoire et oppressive, elles sont passées à une dénonciation d'une socialisation sexiste dont les individus sont *victimes*. Coupée de ses racines, la thérapie féministe est intégrée dans l'ensemble du mouvement humaniste et devient une ressource alternative en santé mentale parmi d'autres.

S'inspirant des principes égalitaristes populaires à l'époque, la thérapie féministe remet en question le rapport professionnel thérapeute/cliente, véritable concrétisation de la domination masculine, et propose en échange un rapport *égalitaire* fondé sur l'autonomie, la confiance, l'ouverture et le respect mutuel. L'intervention de groupe de type *self-help* contrebalance le pouvoir de la thérapeute, tout en permettant aux participantes de briser leur isolement, de se donner du soutien et de développer des réseaux d'entraide informels (Corbeil et al., 1983 ; Home, 1988). Réunies sur la base d'une expérience commune, liée à la violence, au vieillissement, au divorce, à la monoparentalité, à la dépression, à la toxicomanie, ces femmes partagent leurs vécus spécifiques et prennent conscience des racines sociales de leurs difficultés. Ainsi, elles ne sont plus folles, névrosées, masochistes ou passives, mais plutôt victimes de leur socialisation, opprimées et coupées de l'écoute de leurs besoins réels.

Trois concepts centraux et unificateurs traversent l'ensemble des thérapies féministes de l'époque : celui du *changement* — dans le sens de progrès social —, celui du *développement autonome* — dans le sens de croissance personnelle — (Castel et al., 1979) et celui du *pouvoir* — dans le sens de droits. Les conceptions du changement et du développement personnel sont également centrales dans les autres thérapies post-analytiques apparues aux États-Unis depuis la deuxième guerre mondiale⁴ et à qui la thérapie féministe emprunte la plupart de ses techniques et de ses modalités d'intervention (Corbeil et al., 1983).

Ces nouvelles thérapies ont d'ailleurs suscité plusieurs commentaires critiques (Bourgon, 1983). Rappelons brièvement les deux effets pervers qui leur sont le plus souvent reprochés : premièrement, contribuer à façonner un être social *moderne* qui place toutes ses chances de bonheur dans la consommation de biens et de services — dont la psychothérapie — et deuxièmement, masquer, sous des extérieurs d'un discours *égalitariste* et *humaniste à la californienne*, la véritable nature politique de toute relation professionnelle, peu importe les acteurs et les actrices sociales impliquées.

Cette affirmation selon laquelle la thérapie féministe est aussi porteuse de ces effets pervers et ce, malgré son discours critique à l'égard des

modèles dominants d'intervention, peut surprendre le lecteur. Cependant, avec le recul des années et l'interrogation récente sur la modernité (Castel, 1981 ; Renaud, 1984) on comprend mieux comment les idéologies du développement personnel et de la socialisation, auxquelles souscrit le courant dominant de la thérapie féministe américaine, ont contribué à intégrer les femmes à la société nord-américaine moderne.

L'idéal féministe de la femme *saine et épanouie* — affirmative, autonome, indépendante, maîtresse de sa destinée et de sa vie — correspond davantage à l'idéal de l'être social de consommation que nous avons décrit plus tôt⁵. L'adoption de cet idéal a eu un double effet. Tout d'abord, imposer un seul modèle à atteindre, soit celui de la femme parfaitement bien dans sa tête et dans sa peau, de préférence blanche, nord-américaine, de classe moyenne, jeune, éduquée et au travail ; en réalité un modèle difficilement réalisable et peut-être même peu souhaitable pour la grande majorité des femmes. Ensuite, cet idéal a eu comme effet de rendre toutes les femmes susceptibles d'avoir besoin de thérapie ou d'intervention professionnelle — si féministe soit-elle — pour les guérir de leur condition malade de femmes et pour les socialiser à de nouveaux rôles. Castel et al. décrivent bien cet effet pervers dans leur bilan des thérapies féministes américaines :

« Elles ont politisé certains secteurs « privés » de l'existence, suscité des prises de conscience, des actions collectives et des réalisations institutionnelles originales. Mais elles ont aussi ouvert un nouveau marché des biens parapsychiatriques et étendu la juridiction de nouvelles formes plus subtiles de « prise en charge » (souligné par nous) (1979, 273).

Le Québec s'ajuste à l'heure des sociétés modernes

Comment expliquer que cette nouvelle forme plus subtile de *prise en charge* des femmes ait connu un si grand succès au Québec ? Pourquoi les pratiques féministes se sont-elles tellement institutionnalisées chez nous, alors que cela n'a pas été le cas, jusqu'à maintenant, dans les autres pays occidentaux ?⁶ Permettez-nous de répondre à ces interrogations par un bref rappel des grands bouleversements qui ont transformé le visage de la société québécoise au cours des trente dernières années.

À la fin des années 1950, le Québec quitte la période duplessiste marquée par le conservatisme et le repli sur soi et s'engage à moderniser ses assises. De société rurale, catholique et axé sur la famille, le Québec devient, en quelques années à peine, une société marquée au sceau du capitalisme avancé et du patriarcat public (Gagnon, 1989). Ses structures et ses institutions socio-politiques, idéologiques et économiques passent des mains d'une Église toute-puissante à celles d'un État tout aussi puissant. Ce nouvel État lance un programme ambitieux de *mise à la page* à la mesure de l'énorme retard à rattraper. Il crée un système d'éducation, de santé et de services sociaux libres, gratuits et accessibles sur tout le territoire de la province (réseaux des CEGEP, de l'UQ, des CH, CA, CLSC, CSS).

Le développement de ces nouvelles institutions appelle des ressources humaines importantes et permet l'embauche massive de jeunes universitaires dont une partie sont maintenant des femmes (Lesemann, 1981).

Cette période de mutations profondes — communément appelée la Révolution tranquille — ébranle les fondements mêmes de la société. Les institutions de base comme le mariage et la famille perdent leur caractère monolithique pour devenir de plus en plus éclatées (Dandurand, 1989). Les valeurs, modèles et prescriptions sociales définissant les comportements et les rôles des différents acteurs sociaux se transforment profondément. Pour de nombreuses femmes du Québec, ces transformations signifient, entre autres, un passage rapide du statut de ménagères, mères de plusieurs enfants, peu instruites et vivant sous le joug moral du curé, à celui d'employées dans le secteur des services publics, dépendantes des politiques de l'État, diplômées et mères de peu ou pas d'enfants (Laurin-Frenette, 1981).

Le discours traditionnel et paternaliste de l'Église est peu à peu marginalisé et remplacé par des discours d'émancipation et de libération (libération du peuple québécois, de la classe ouvrière, des femmes, des homosexuels, des jeunes, etc.) plus adaptés au travail de modernisation alors en cours. Ces transformations majeures du tissu social québécois créent des conflits politiques, idéologiques et économiques, pour lesquels il faut trouver de nouveaux modes de gestion⁷.

Au Québec, plus que partout ailleurs, cette gestion sera de type technocratique et présentera les caractéristiques suivantes : réduction des problèmes sociaux à leur seule dimension technique, engouement pour la scientificité et la nouveauté, référence aux lois, aux règlements et aux protocoles, accentuation d'une division du travail qui entraîne une perte d'autonomie professionnelle, gestion de l'intimité qui relève de plus en plus du discours de l'expertise, stratification par population-cible qui, chacune, appelle une intervention spécifique, et finalement valorisation de l'efficacité et de la productivité mesurable (Renaud, 1978).

L'appareil professionnel, dont la fonction principale est de gérer les retombées psychologiques des rapports sociaux actuels, doit être façonné de manière à répondre davantage aux prérogatives d'une gestion technocratique du social. De ce point de vue, on peut penser que le courant dominant de l'intervention féministe américaine, porteur des valeurs de la modernité, répondait bien aux volontés de changement et de modernisation véhiculées par les technocrates à l'égard de cet appareil. Ainsi s'explique l'alliance circonstancielle entre les femmes cadres, de plus en plus nombreuses à l'échelle intermédiaire de la fonction publique québécoise, et les professionnelles de la base confrontées quotidiennement aux problèmes issus de la modernité. Cette alliance devient d'autant plus importante qu'elle permet aux femmes de se tailler une place spécifique dans la nouvelle fonction publique.

Les pratiques féministes institutionnelles issues de ce contexte

Il est probable que cette alliance *féminine* entre fractions de la classe moyenne (cadres et praticiennes), dans un contexte en mouvance comme celui précédemment décrit, ait contribué au développement de nombreuses pratiques féministes au sein des organismes d'État.

De 1979 à 1986, conférences, colloques, sessions de formation et comités de rédaction regroupent des centaines de femmes préoccupées par la santé mentale des femmes et par les pratiques médico-sociales en cours. Ces femmes, issues de professions libérales⁸ et employées de l'État pour la plupart, sont profondément et personnellement inspirées par les analyses féministes qui les ont nourries depuis leur adolescence (De Beauvoir, 1949 ; Friedan, 1963 ; Greer, 1970). Nombre d'entre elles ont participé aux luttes étudiantes et milité au sein des groupes politiques de gauche des années 1970. Devant la prédominance de l'action collective et sociale comme modèle alternatif à l'action thérapeutique et individuelle, ces femmes nomment *intervention féministe* ce que les Américaines ont toujours appelé *thérapie féministe*. Selon elles, cette expression évite de pathologiser les difficultés vécues par les femmes et reflète mieux la diversité des pratiques féministes développées tant dans les milieux institutionnels que communautaires.

Ces intervenantes appartiennent à la génération des femmes *mutantes* (Friedan, 1983) pour qui la réussite personnelle et l'expression de soi passent désormais par le travail et la vie familiale. Mallette dans une main, enfant dans l'autre, elles représentent le nouvel idéal féminin auquel toutes les femmes sont censées aspirer. À la maison, ces femmes remettent en question leur dépendance amoureuse, leur rôle de mère, négocient de nouveaux modes de partage des tâches ou choisissent de vivre seules. Au travail, elles luttent (mot central dans le vocabulaire de l'époque) pour obtenir une certaine reconnaissance de la part de leurs collègues mâles — surtout psychiatres — et tentent de sensibiliser ces derniers aux vécus des femmes vus *de l'intérieur*.

En réaction au sexisme des théories et des pratiques médicales, elles encouragent les femmes à reprendre le pouvoir sur leur santé, leur corps, leur sexualité et leur maternité. Leur discours passe alternativement de l'expression de la colère et de la révolte contre la société patriarcale et misogyne, à l'expression d'une émotion nouvelle et profonde pour tout ce qui est féminin.

L'appartenance de ces intervenantes à des milieux institutionnels les amène également à interroger d'autres réalités. Elles déplorent, entre autres, la sur-représentation des femmes aux échelons inférieurs des établissements publics et leur absence dans les postes de cadre. Elles questionnent aussi le fait que les femmes soient les principales clientes des services sociaux et de santé et exigent des pratiques plus conformes à cette réalité, c'est-à-dire des pratiques permettant d'abord et avant tout aux femmes de *se prendre*

*en main*⁹. Mais en quoi consistent ces pratiques au juste, quelles sont leurs orientations communes et leurs spécificités ?

Des orientations communes

Les intervenantes féministes sont unanimes à dénoncer la socialisation des petites filles (Julien et al., 1980), le traitement que reçoivent les femmes en psychiatrie (Levine, 1978 ; Simard, 1980) et le peu de pouvoir qu'elles détiennent au sein du rapport professionnel (Corbeil et al., 1983 ; Bourgon, 1983).

Dès 1982, certaines d'entre elles soulignent les limites de la consultation individuelle et regroupent les femmes dans le cadre de rencontres échelonnées sur une période d'environ dix semaines. Inspirées par les écrits américains sur la thérapie féministe, les animatrices de ces groupes choisissent des thèmes de discussion précis : la socialisation à des rôles sexuels, la culpabilité, l'affirmation de soi, la perception du corps, la sexualité, le droit au plaisir, la connaissance des ressources communautaires, etc. (Cheval et Roy, 1983). Un des buts premiers de l'intervention féministe est d'identifier les causes sociales plutôt que psychologiques à l'origine des difficultés vécues par les femmes. Selon les intervenantes, cette approche ne vise pas à adapter les femmes à leur condition, mais cherche au contraire à leur offrir la possibilité de faire des choix en fonction de leurs aspirations personnelles (Gingras, 1982 ; 1986).

Pour la majorité des praticiennes féministes, les femmes n'ont pas d'identité propre en dehors de leurs relations avec autrui (elles sont la fille, l'épouse, la mère). Cette situation de dépendance mène généralement à une perception de soi comme *objet* (objet des désirs de l'autre, objet au service d'autrui) et non comme *sujet*. Les femmes ne savent plus qui elles sont, ni ce qu'elles veulent devenir (Gingras, 1982). Pour les aider à se découvrir une identité *propre à elles*, les intervenantes travaillent prioritairement à leur faire prendre conscience de la nature des rapports qui les lient au conjoint et aux enfants : rapports de servitude, de soumission ou de respect mutuel ? Cette démarche de recherche d'identité et de reprise de pouvoir sur leur vie commence souvent par un questionnement sur les exigences et les contraintes inhérentes aux rôles féminins traditionnels : oubli et don de soi, disponibilité, générosité envers autrui (Lamarre et Landry-Balas, 1980).

L'intervention féministe est généralement identifiée à des pratiques de groupe, de courte durée (entre dix et douze rencontres), qui ont pour objectifs de briser l'isolement des femmes, de favoriser le partage d'expériences communes autour de problématiques spécifiques : violence conjugale, viol, inceste, ménopause, monoparentalité, toxicomanies, isolement, relations amoureuses, relations mère-fille, sexualité, etc. Ces rencontres de groupes sont l'occasion privilégiée pour vivre une expérience de solidarité entre femmes, apprendre à s'affirmer et à repérer les ressources dont elles ont besoin.

Des orientations spécifiques

Les pratiques d'intervention féministe au Québec se répartissent entre deux courants dominants : le courant socio-behavioral ou de la victimologie et le courant de la conscientisation. Ces deux tendances partagent des perspectives communes, ci-haut mentionnées, mais aussi des points de vue différents sur les causes premières des difficultés vécues par les femmes et sur les pistes d'interventions possibles.

Le courant socio-behavioral

Ce courant trouve sa principale expression dans la problématique de la violence conjugale. En 1983, au B.S.S de l'est de Montréal, démarre le premier groupe d'intervention féministe auprès des femmes violentées. Le groupe Entr'Elles fonctionne selon les principes et les modalités de l'intervention féministe définis précédemment : douze rencontres d'une durée de deux heures chacune, présence de deux animatrices qui s'impliquent personnellement, orientation féministe clairement identifiée auprès des participantes et entente négociée entre animatrices et participantes (Larouche et Vaillant, 1986). L'expérience du groupe Entr'Elles se poursuit toujours et rejoint chaque année plusieurs dizaines de femmes.

L'approche socio-behaviorale a largement inspiré les orientations fondamentales de ces groupes d'intervention. On y dénonce l'apprentissage des stéréotypes féminins et des comportements de victime et on travaille à la resocialisation des femmes. Les stratégies de changements personnels et culturels mises de l'avant par ce courant illustrent bien sa spécificité : les femmes apprennent de nouveaux comportements (à l'aide de jeux de rôles), expriment leur colère (par un travail en bio-énergie) et se libèrent de leurs sentiments de culpabilité. Dans cette perspective, « l'intervention de groupe vise la conscientisation, l'augmentation de l'estime de soi, de la capacité d'affirmation et la reprise de pouvoir sur sa vie » (Larouche et Vaillant, 1986). Les techniques d'entraînement à l'affirmation de soi et à la modification du comportement (Jakubowski-Spector, 1973 ; 1977 ; Jansen et Mergers-Abell, 1981) sont fréquemment utilisées pour atteindre ces objectifs.

Entre 1985 et 1988, ce modèle d'intervention auprès des femmes violentées sera largement diffusé vers les intervenantes de toutes les régions du Québec sous forme de sessions de formation financées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (Larouche, 1985). Pour mettre fin à leur sentiment d'impuissance face à cette clientèle féminine qui dévoile difficilement son vécu de violence conjugale, le gouvernement offre à ces intervenantes la formation et les protocoles nécessaires à l'encadrement de leur pratique auprès des femmes violentées, abusées, harcelées et violées. Au cours de ces années, un vaste plan de sensibilisation des milieux policiers, judiciaires, hospitaliers et des services sociaux est également mis en place.

Jusqu'à ce jour, ce sont les groupes de femmes inspirés du courant socio-behavioral qui ont été les plus nombreux et les mieux reconnus dans

les milieux institutionnels de la pratique. Outre la problématique de la violence conjugale, plusieurs expériences de groupes dans les domaines de la santé mentale et de la toxicomanie ont été développés à partir de l'approche socio-behaviorale.

Le courant de la conscientisation

Le courant de la conscientisation, fortement inspiré par la théologie de la libération (laïcisée par Paulo Freire) est à l'origine de nombreuses pratiques féministes tant au Québec qu'aux États-Unis et en Amérique du Sud. Ici, ce courant a, entre autres, donné lieu à la mise sur pied de centres de femmes, dont le mandat principal était d'offrir de la formation et de l'éducation aux femmes de milieu populaire. Ce courant était également présent dans quelques CLSC où s'est concrétisée de manière plus agressive, au début des années 1980, une intention de développer des programmes communautaires visant à diminuer la dépendance de la population à ses services (Gingras, 1984). Les intervenantes féministes de ce courant ont toujours mis de l'avant l'importance de compléter leur travail auprès des femmes en milieu institutionnel, par une implication bénévole dans les groupes autonomes de femmes (Archambault et al., 1983 ; Gingras, 1984).

L'intervention féministe conscientisante dénonce les structures patriarcales et capitalistes responsables de l'oppression et de l'exploitation des femmes. Les objectifs visés sont d'une part de susciter un « questionnement sur le *pourquoi* de la situation actuelle et son rapport avec l'éducation reçue, l'environnement familial et social » et d'autre part de « déculpabiliser les femmes en favorisant une prise de conscience de l'aspect collectif et social de leur situation » (Gingras, 1986). Les intervenantes, pour la plupart d'anciennes militantes de gauche des années 1970, insistent sur les notions de pouvoir, de défense des droits, de luttes et d'actions collectives. Les problématiques qui sont le plus associées au courant féministe de la conscientisation sont : la ménopause, le retour au travail, la situation de femme chef de famille, le rapport au corps et à la nourriture, etc.

Faire le point...

La présence *formelle* de l'intervention féministe au sein des organismes sociaux depuis dix ans a eu un impact important sur les pratiques sociales du Québec. La reconnaissance officielle de l'approche féministe a, entre autres, permis la circulation dans *les coulisses du pouvoir* d'un discours nommant les différentes formes d'oppression et d'exploitation dont les femmes, les gais, les personnes âgées, les jeunes, les noirs sont la cible dans notre société.

Cette période de sensibilisation collective au vécu des femmes a également suscité un grand espoir chez les praticiennes : l'espoir que la clientèle féminine ne soit plus noyée dans l'anonymat et la neutralité, l'espoir qu'on lui reconnaisse le statut de groupe sexué partageant des conditions de vie spécifiques, l'espoir que ces conditions soient prises en

compte lorsqu'on pose un diagnostic à leur égard. L'espoir aussi qu'on reconnaisse aux intervenantes un apport et une compétence spécifique dans un monde où chacun doit avoir sa spécialité et son expertise propre pour survivre professionnellement.

Il existe peu d'évaluations formelles quant aux effets et aux résultats de l'intervention féministe pour les femmes elles-mêmes. Certaines participantes à des groupes de femmes ont témoigné de leur expérience et des changements qu'elles ont initiés dans leur vie au cours de la tenue du groupe (Larouche et Vaillant, 1986 ; Deehy et al., 1989), mais ce sont les seuls types d'évaluation qui existent à notre connaissance. Ces évaluations sont habituellement faites dans le cadre du groupe lui-même et portent principalement sur la capacité des femmes de s'affirmer, d'identifier leurs besoins (aux plans affectif, sexuel, économique), de définir leur territoire, de reprendre confiance en elles, d'exprimer leur colère et de se protéger en cas de violence.

En général, les participantes apprécient et soulignent la disponibilité des intervenantes, leur respect et leur soutien dans des situations difficiles. Elles disent se sentir écoutées et valorisées dans ce qu'elles ont à raconter, et cela pour la première fois de leur vie. Elles notent aussi l'importance des contacts avec d'autres femmes avec qui elles échangent services et conseils, et avec qui elles établissent des liens qui se prolongent quelquefois après la dissolution du groupe.

Malgré ces acquis importants, plusieurs intervenantes féministes de la première heure s'interrogent sur l'état actuel de leurs pratiques. Elles notent certaines contradictions qui les préoccupent : comment par exemple, une même intervenante peut-elle faire de l'intervention féministe en groupe et de la gestalt en individuel, prétextant que cette dernière est plus appropriée au travail en face à face, comme si les deux approches étaient interchangeable? Ou encore comment expliquer le fait que l'intervention féministe s'applique à certaines femmes (celles qui ont été violentées par exemple) mais pas à d'autres (les femmes schizophrènes)? Certaines intervenantes vont même jusqu'à se demander si l'intervention féministe existe vraiment, et arrivent mal à définir sa spécificité par rapport aux autres approches psycho-sociales (ex. l'approche systémique) qui disent tenir compte, elles aussi, de l'impact de l'environnement sur l'individu.

À notre avis, ces questions sont fondamentales car elles témoignent à la fois des contradictions au sein de la pratique sociale actuelle, mais aussi des forces et des faiblesses de l'intervention féministe. Au Québec, cette forme d'intervention a été soumise, dès ses débuts, à la logique étatique d'une gestion technocratique du social. Cette logique et la vision *techniciste* du réel qui la sous-tend (Bourgon et Renaud, 1989), ont eu de nombreux impacts sur son développement.

Tout d'abord, elle a réduit les manifestations politiques, économiques et idéologiques de l'oppression et de l'exploitation des femmes à leur plus

simple expression, soit à de simples problèmes de réaménagement de services, de lois et de règlements par population-cible spécifique. Cet éclatement des pratiques par population-cible — femmes âgées, femmes battues, femmes itinérantes, femmes psychiatisées, femmes immigrantes, femmes chefs de famille monoparentale, femmes anorexiques ou boulimiques — a mené à une sur-spécialisation par problématique qui a malheureusement abouti à une obsession vis-à-vis la toute-puissance de la technique-qui-a-réponse-à-tout. Cette obsession s'est traduite entre autres par une soif insatiable de sessions de formation, d'outils, de grilles et d'exercices pratiques. Certaines intervenantes féministes ont maintenant de la difficulté à définir leur intervention autrement que par le cumul de techniques utilisées et par leur efficacité. Elles associent de moins en moins leurs pratiques aux valeurs alternatives prônées par le mouvement féministe et risquent, par le fait même, « de ne plus se poser des problèmes métaphysiques ou politiques sur le bien-fondé de leurs interventions » (Castel, 1981).

Cette vision *techniciste* du réel a également réduit le rôle de l'intervenante à une fonction d'exécutante de protocoles, de dispensatrice de services, de lois et de règlements (Racine, 1988). Cette fonction, en contradiction directe avec une vision plus professionnelle et autonomiste de l'intervention (telle que véhiculée par exemple majoritairement dans les milieux universitaires), a conduit progressivement au burn-out de plusieurs praticiennes. Ces dernières, incapables de donner un sens à leur pratique dans ce contexte où seule la bonne technique est valable, finissent par se dire « une fois que j'ai fait mon travail, je ne veux rien savoir du reste » (cité dans Gingras, 1989).

Les intervenantes féministes ont demandé à l'État de corriger les situations d'inégalité et d'oppression vécues par les femmes, de transformer les lois discriminatoires et de mettre sur pied des services gratuits et accessibles à toutes les femmes : avortement, garderies, maisons de naissance, maisons d'hébergement, centres de femmes, etc. L'État a répondu par sa logique de gestionnaire technocratique en découpant le vécu des femmes à l'image du modèle médical (anorexie, dépression, toxicomanie) et a demandé aux intervenantes d'être productives et efficaces en rendant les usagères autonomes et indépendantes de leurs services le plus rapidement possible (Gingras, 1989).

Dans un tel contexte, une intervention féministe qui met l'accent sur la nécessité de s'affranchir d'une « condition féminine » opprimante court un double risque. Tout d'abord, celui de passer sous silence l'organisation sociale qui a donné naissance à la dite condition (seuls les agents de socialisation sont dénoncés). Ensuite, celui de soumettre à l'intervention technique de l'expert et de l'experte des problèmes qui demandent des solutions d'un tout autre ordre. Prenons, à titre d'exemple, la notion de pouvoir, si centrale aux analyses et aux pratiques progressistes en général et féministes en particulier. On pose a priori le diagnostic que les femmes et tous les groupes opprimés rencontrent des difficultés parce qu'elles/ils

ont été désappropriés du pouvoir dans la société. Conséquemment, le mouvement féministe met de l'avant la nécessité de transformer les rôles sexuels et de modifier les comportements, attitudes, sentiments et niveaux de conscientisation des femmes. Or une telle solution implique une vision unilatérale et normalisatrice du pouvoir (perçu dans ses uniques dimensions économiques et politiques) et risque de pathologiser tous ceux et celles qui ne possèdent pas ou qui questionnent tout simplement cette obsession pour un seul type de pouvoir. Ce faisant, on cible encore une fois ceux et celles qui n'en sont pas les détenteurs privilégiés et on reproduit l'idéologie dominante selon laquelle l'individu est, d'abord et avant tout, le premier responsable de sa situation et de ses problèmes. Ainsi risque-t-on de passer sous silence la nécessité de questionner tous les rapports de domination actuels dont le rapport professionnel d'expertise est une composante essentielle.

Pour aller plus loin...

Les femmes qui demandent des services d'aide professionnelle témoignent de la difficulté de vivre dans l'état actuel des rapports sociaux. Leur discours est fait de résistance et de dissonance par rapport aux règles du jeu qui régissent notre collectivité.

Comment l'intervention féministe pourrait-elle aller dans ce sens? D'abord en reconnaissant que les analyses féministes ont été largement le produit et le reflet de notre perception du monde en tant que femmes blanches, jeunes, éduquées, de classe moyenne, ayant un travail. Ces analyses ont surtout porté sur les dimensions politiques et économiques des rapports sociaux au détriment de la dimension idéologique. Nos pratiques ont souvent servi à imposer une vision normalisante du monde à des femmes qui avaient des vécus et donc des visions différentes des nôtres. Il faut écouter les femmes qui jusqu'à maintenant sont restées sans voix, les femmes à la maison, plus âgées ou plus jeunes que nous, celles qui arrivent d'autres cultures, celles qui vivent un handicap physique ou mental. Au plan des pratiques, il est temps de se laisser personnellement questionner par ces femmes et d'amorcer une discussion sur le sens et la portée de nos différences. Ceci n'est pas une tâche facile pour les femmes de notre génération, formées aux idées progressistes des années 1970 (*Radical Social Work*), peu habituées à questionner le *sens* des visions sous-jacentes à nos luttes et à amorcer l'échange à ce niveau fondamental.

Dans le contexte actuel où la majorité des femmes franchissent les barrières du social tout en conservant l'entière responsabilité du privé, on ne peut vraiment croire au nivellement des différences. Avec un certain recul et une expérience de la difficile articulation entre maternité et responsabilités sociales, les femmes réalisent de plus en plus les limites et les contraintes d'un discours féministe qui ne questionne pas le sens du travail dans les sociétés modernes et leur fait assumer tout le poids du changement, en n'incluant pas les autres acteurs sociaux au même titre qu'elles. Pour

éviter de pathologiser davantage le vécu des femmes, il faut resituer les rapports entre les sexes au sein de l'organisation sociale plus large. En d'autres mots, il serait plus approprié de parler en termes d'investissement collectif dans l'élaboration d'un projet de société global radicalement modifié, où le respect des différences plutôt que la seule recherche d'égalité et de libération serait de mise.

Le défi des intervenantes féministes consiste également à questionner certains concepts comme l'autonomie, l'actualisation de soi, le pouvoir, le savoir, concepts qui découlent d'une vision très individualiste du sujet social et qui ont été jusqu'à maintenant empruntés à l'expérience et à l'imaginaire masculin, en réponse à la volonté des femmes de s'insérer dans tous les champs de l'activité humaine. Pourquoi les femmes devraient-elles limiter leurs aspirations personnelles et collectives à l'univers du travail salarié et rejeter a priori le modèle féminin associé aux soins de l'Autre? Pourquoi ne pas reconnaître qu'il existe une multitude d'expériences et de visions du monde et qu'il s'agit de les confronter les unes aux autres et non d'en normaliser une en particulier? Dans cette perspective, l'intervention féministe devrait permettre l'expression des différentes visions du monde qui distinguent les femmes entre elles. Ces visions sont le produit du sens accordé socialement à nos différences (en termes de classes, de statuts, de couleurs, d'ethnies, d'orientations sexuelles et d'âges) et forment le tissu social actuel. Nous ne pensons pas qu'une conception des femmes axée sur la primauté des besoins individuels permette l'émergence d'une véritable solidarité basée sur le respect et la reconnaissance de l'Altérité (Irigaray, 1984).

Il n'est pas facile d'admettre les limites de nos pratiques professionnelles, de reconnaître que peu importe le modèle ou l'approche, l'intervention dans le cadre institutionnel ne réussira jamais, à elle seule, à assurer le changement souhaité. Pour réussir à franchir ces limites, pour briser l'isolement des intervenantes, pour éviter le burn-out ou le repli vers des pratiques silencieuses, il nous faut développer des réseaux de solidarité entre intervenantes, entre intervenantes et usagères, entre hommes et femmes, entre adultes et enfants... L'avenir de l'intervention féministe réside désormais dans sa capacité à interpeller et à intégrer l'ensemble des acteurs sociaux dans son projet de transformation sociale.

Notes

1. Depuis 1984, L'École de service social de l'Université de Montréal offre une maîtrise avec stage en intervention féministe. Les programmes de baccalauréat en travail social de l'UQAM et de l'Université Laval offrent également des cours sur l'intervention féministe. Depuis 1985, le M.S.S.S. finance la formation de plusieurs centaines d'intervenantes, à travers le Québec, à l'intervention féministe auprès des femmes violentées et auprès des femmes ayant des problèmes de santé mentale.

2. Nous avons malgré tout rencontré quelques intervenantes qui nous ont fait part de leurs expériences de travail auprès des femmes et de leurs questionnements. Nos remerciements à Louise Vaillant, Carmen Hébert, Danielle Girard, Sylvie Lanthier et aux représentantes du comité provincial de la condition féminine des Centres de Services Sociaux du Québec.
3. La majorité des intervenantes québécoises préfèrent l'expression *intervention féministe* à l'expression *thérapie féministe*, indiquant ainsi leur volonté de ne pas résumer leur intervention à sa seule composante « thérapie » mais bien plutôt d'aborder les difficultés vécues dans leur dimension collective par la mise sur pied de centres de femmes par exemple.
4. Nous pensons entre autres aux thérapies suivantes : la Gestalt, l'Analyse transactionnelle, les thérapies corporelles (ex. Bio-énergie, Cri primal, Abandon corporel), et toutes les thérapies issues du courant socio-behavioral (ex. groupes d'affirmation de soi). Castel et al. posent à l'égard de ces emprunts une question fort pertinente : « Dans quelle mesure ces techniques ... qui mettent l'accent sur le vécu, l'intersubjectivité, sont-elles compatibles avec le projet de prise de conscience sociale des déterminations de l'aliénation féminine ? » (1979).
5. D'ailleurs, la femme américaine *moderne et libérée* possède *sa* voiture, *ses* cartes de crédit et d'affaires, *son* condominium, *a sa* marque de cigarette et va à *ses* dîners d'affaires...
6. Sauf dans le cas de l'Italie, qui a d'ailleurs connu une période de modernisation semblable à la nôtre.
7. Pour une description détaillée des retombées de ces conflits sur le vécu des femmes, voir Bourgon, M., 1988, Travail social et femmes de l'an 2000, *Service social*.
8. Elles sont entre autres psychologues, travailleuses sociales, infirmières et professeures.
9. Le deuxième colloque sur les femmes et la santé mentale, organisé par la Corporation de Communauté et de santé mentale 1982, avait pour titre : « Quand les femmes se prennent en main ».

Références

- ARCHAMBAULT, C., BERNIER, N., BLANCHARD, M., CHIARELLI, M., COUSINEAU, S., NADON, F., RONDEAU, L., 1983, Expériences d'intervention féministe en psychiatrie, *Nous, notre santé, nos pouvoirs*, St-Martin et Remue-Ménage, Montréal, 35-43.
- BALLOU, G., 1985, *A Feminist Positive on Mental Health*, Charles C. Thomas, Publisher.
- BOIVIN, J., MERCIER, M., 1986, *L'une parle, l'autre pas. Analyse discursive du rapport des femmes de milieux populaires à l'idéologie féministe*. Mémoire de maîtrise, Université Laval.
- BOURGON, M., 1983, Attention... l'intervention féministe est en danger de récupération, *Nous, notre santé, nos pouvoirs*, St-Martin et Remue-Ménage, Montréal, 71-71.
- BOURGON, M., 1983, Dépasser l'individuel, *Psychothérapies Attention !* in Arseneau, J., Bouchard, C., Goupil, G. Guay, J., Lavoie, F., Perreault, R., Eds, Presses de l'Université du Québec, Québec, 143-156.
- BOURGON, M., 1987, L'approche féministe en termes de rapports sociaux ou l'art de survivre sur la corde raide en talons hauts ! *Revue canadienne de service social*, 36, n^{os} 2-3, 248-273.
- BOURGON, M., 1988, Travail social et femmes de l'an 2000, *Service social*, 37, n^{os} 1-2, 14-35.

- BOURGON, M., RENAUD, G., 1989, Sida et travail social : un croisement propice à la réflexion, *Le travailleur social/ The Social Worker*, 57, printemps (à paraître).
- BRODY, C.M., Ed. 1984, *Women Therapists Working With Women : New Theory and Process of Feminist Therapy*, Springer Publ. Co., New York.
- BRODY, C.M., Ed, 1987, *Women's Therapy Groups : Paradigms of Feminist Treatment*, Spring Pub. Co., New York.
- BROVERMAN, I.K., BROVERMAN, D.M., CLARKSON, F.E., ROSENBRANZ, P.S., VOGEL, S.R., 1970, Sex-Role Stereotypes and Clinical Judgments of Mental Health, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, n° 1, 1-7.
- BURTLE, V., FRANKS, V., Eds, 1974, *Women in Therapy*, Brunner-Mazel, New York.
- CARTER, C.A., 1971, Advantages of Being a Women Therapist, *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 8, n° 4.
- CASTEL, F., CASTEL, R., LOWELL, A., 1979, *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*, Grasset, Paris.
- CASTEL, R., 1981, *La gestion des risques, de l'anti-psychiatrie à l'après-psychoanalyse*, Minuit, Paris.
- CHESLER, P., 1975, *Les femmes et la folie*, Payot, Paris.
- CHEVAL, C., ROY, G., 1983, *Nous-femmes ou une expérience d'intervention féministe*, CSSMM, Montréal.
- CORBEIL, C., DEEHY, A., LAZURE, C., LEGAULT, G., 1983, *L'intervention féministe, l'alternative des femmes au sexisme en thérapie*, St-Martin, Montréal.
- CORBEIL, J., 1979, Les paramètres d'une théorie féministe de la psychothérapie, *Santé mentale au Québec*, IV, n° 2, 63-86.
- CSSQ, 1985, *Mise en œuvre de l'intervention féministe*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- D'AMOURS, M., 1989, Briser le silence des intervenants et intervenantes, entrevue avec Pauline Gingras, *Nouvelles pratiques sociales*, 2, n° 1, 7-21.
- DANDURAND, R., 1989, *Le mariage en question*, Institut québécois de la culture, Montréal.
- DE BEAUVOIR, 1949, *Le deuxième sexe*, tome 1 et 2, Collection Idées, Éditions Gallimard, Paris.
- DE KONINCK, M., SAILLANT, F., DUNNIGAN, L., 1981, *Essai sur la santé des femmes*, Conseil du Statut de la femme, Québec.
- DEEHY, A., LAROUCHE, G. RINFRET, M.,
- DORÉ, S., 1982, *Le féminisme en santé mentale nouvelle thérapie ou vers d'autres pratiques de changement social*, Consult-Action, C.S.F., Québec.
- FRIAR WILLIAMS, E., 1977, *Notes of a Feminist Therapist*, Dell, New York.
- FRIEDAN, B., 1963, *La femme mystifiée*, Dencel-Gonthier, Paris.
- FRIEDAN, B., 1982, *Femmes : le second souffle*, Hachette, Paris.
- GAGNON, N., 1989, *Un vol organisé. La discrimination des femmes*, Éditions Asticou, Hull.

- GINGRAS, P., 1982, *Intervention auprès des femmes : bilan et perspectives*, texte polycopié.
- GINGRAS, P., 1983, Intervention auprès d'un groupe de femmes de classe populaire, *Service Social*, 32, n° 1-2, 89-100.
- GINGRAS, P., 1984, *Une pratique féministe*, présentation au congrès de l'Association internationale des écoles de service social (juillet), texte polycopié.
- GINGRAS, P., LAVOIE, C., 1986, *Les femmes de quarante ans et plus*. Guide d'animation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- GORNICK, V., MORAN, B.K., 1971, *Women in Sexist Society*, Basic Books, New York.
- G.R.A.F.S., 1983, *Nous, notre santé, nos pouvoirs*, Éditions St-Martin/Éd. Remue-Ménage, Montréal.
- GREENSPAN, M., 1983, *A New Approach to Women and Therapy*, McGraw-Hill, New York.
- GREER, G., 1970, *La femme eunuque*, Éditions Robert Laffont, Paris.
- GUYON, L., SIMARD, R., NADEAU, L., 1981, *Va te faire soigner, t'es malade*, Stanké, Montréal.
- HOME, A., 1988, Les groupes de femmes : outils de changement personnel et de développement *Service Social*, 37, n°s 1-2, 61-85.
- HOWARDS, D., Ed, 1987, *A Guide to the Dynamics of Feminist Therapy*, Harrington Park Press, New York, London.
- IRIGARAY, L. 1984, *Éthique de la différence sexuelle*, Éd. de Minuit, Paris.
- JAKUBOWSKI-SPECTOR, P., 1973, Facilitating the Growth of Women Through Assertion Training, *Counseling Psychologist*, 4, 75-86.
- JANSEN, M.A., MEYERS-ABELL, 1981, Assertive training for battered women and pilot program, *Social Work*, 26, no2, 164-165.
- JULIEN, D., CHAMBERLAND, C., DUFRESNE, A., THÉORET, M., NANTEL, M., MATTEAU, A., HOGGINS, S., NADEAU, L., SIMARD, R., ARSENEAU, J., LAURENDEAU, M.-C., 1981, Thérapies avec les femmes : lieu de pouvoir? *Revue de modification du comportement*, 11, n° 1, 35-53.
- LAMARRE, S., LANDRY-BALAS, L., 1980, La bonne maman, un obstacle à l'évolution des femmes, *Santé mentale au Canada*, 28, n° 2, 14-18.
- LAROUCHE, G., MELANSON, B., MONTPETIT, L., 1983, *Projet pilote auprès des femmes battues : un groupe d'intervention féministe*, groupe Entr'Elles, Montréal, Service des communications, C.S.S.M.M., Québec.
- LAROUCHE, G., 1985, *Guide d'intervention auprès de femmes violentées*, Corporation des travailleurs sociaux du Québec, Montréal.
- LAROUCHE, G., VAILLANT, L., 1986, *Bilan du groupe Entr'elles VI*, C.S.S.M.M., Montréal.
- LAROUCHE, G., 1987, *Agir contre la violence*, les Éditions de la Pleine Lune, Montréal.
- LAURIN-FRENETTE, 1981, Féminisme et anarchisme in Cohen, Y., Ed, *Femmes et politique*, Le Jour, Montréal.

- LESEMANN, F., 1981, *Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec*, Éd. coopératives Albert Saint-Martin, Montréal.
- LEVINE, H., 1976, Feminist counselling: A look at new possibilities, *The Social Worker* 76.
- MANDER, A.V., RUSH, A.K., 1974, *Feminism as Therapy*, Random House, New York.
- MILLER, J. B., 1976, *Toward A New Psychology of Women*, Beacon, Boston.
- MILLETT, K., 1974, *La politique du mâle*, Éditions Stock, Paris.
- PÂQUET-DEEHY, A., RINFRET-RAYNOR, M., LAROUCHE, G., 1989, *Apprendre à intervenir auprès des femmes violentées : une perspective féministe*. Rapport de recherche sur une expérience de formation. Université de Montréal.
- RACINE, P., 1988, Gestion professionnelle et gestion technocratique des services sociaux. *Revue internationale d'action communautaire*, 19/59, printemps.
- RAWLINGS, E. L., CARTER, D.K., 1977, *Psychotherapy for Women: Treatment Toward Equality*, Charles C. Thomas, Springfield.
- RENAUD, G., 1978, *L'éclatement de la profession de service social*, Éditions coopératives Albert Saint-Martin, Montréal.
- RENAUD, G., 1984, *À l'ombre du rationalisme. La société québécoise, de sa dépendance à sa quotidienneté*, Éditions Albert Saint-Martin/ Groupe d'analyse des politiques sociales, Montréal.
- ROSENTHAL, N.B. 1984, Consciousness raising : from revolution to re-evaluation, *Psychology of Women Quarterly*, 8, 4, été. 309-325.
- RUSSEL, M., 1989, Feminist social work skills, *Revue canadienne de service social*, 6, n° 1, hiver, 69-81.
- RUSSEL, M., 1984, *Skills in Counselling Women : the Feminist Approach*, Charles C. Thomas.
- RUSSEL, M., 1979, Feminist therapy : a critical examination, *Le travailleur social/The Social Worker*, 7, n°s 2-3.
- SMITH, D., DAVID, S., 1975, *Women Look At Psychiatry*, Press Gang Publishers, Vancouver.
- STURDIVANT, S., 1983, *Les femmes et la psychothérapie : une philosophie féministe du traitement*, (traduit de l'américain), P. Mardage, Bruxelles.

Summary

The authors start off by reviewing the origins and principal characteristics of feminist therapy as it appeared in the United States at the end of the 1960s. Following this step are analyzed the conditions for the emergence of feminist intervention in Québec and its specificity, terms commonly used by Québec practitioners when describing their work among women. Emphasis is placed on the analysis of feminist intervention in institutional environments due to its remarkable development over the last few years. The article concisely presents the two main theoretical approaches that inspire the intervention, namely the socio-behavioral approach and the awareness approach. Following a brief overview of feminist intervention in Québec, the authors raise questions about its future.