

# Le Centre de Santé des femmes de Montréal d'hier à aujourd'hui. Des pratiques en mouvement<sup>1</sup>

Marie Mathieu

## **Derrière le Dr Morgentaler, la bataille des Québécoises pour le droit à l'avortement**

Au Canada, l'année 1988 marque une victoire importante pour les femmes du Québec. En effet, la loi de 1969 restreignant jusqu'alors leur accès à l'avortement est déclarée inconstitutionnelle par le jugement de la Cour suprême dans l'affaire Morgentaler<sup>2</sup>. Cette décision de justice fait suite à quinze années d'un combat au sein de l'arène judiciaire. Ayant ouvert une clinique d'avortement au Québec, le Dr Morgentaler est poursuivi dès 1970 pour pratique illégale de l'avortement, mais est acquitté par trois fois entre 1973 et 1976. Il décide ensuite d'ouvrir des cliniques dans d'autres provinces canadiennes, dont une à Toronto en 1982. Il est alors arrêté. Condamné en premières instances, il décide de porter cette décision à la Cour suprême qui, in fine, invalidera les dispositions du Code criminel et autorisera l'avortement sans condition. Mais derrière la saga Morgentaler et le personnage autour duquel s'est cristallisée l'attention des médias et de la population, est bien souvent effacé un pan de l'histoire de la lutte des Québécoises pour l'avortement libre et gratuit.

À travers cet article, je souhaite rendre compte de l'action quotidienne d'un groupe de femmes qui a accompagné la bataille juridique pour le droit à l'avortement libre et gratuit pour toutes les femmes du Québec : le Centre de Santé des femmes de Montréal (CDSFM). Après un retour succinct sur l'his-

---

1. Je souhaite remercier Louise Desmarais pour sa relecture critique et ses précieux enseignements.

2. *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30.

toire du Centre, je présenterai les principes développés en son sein et qui sont devenus centraux, guidant les pratiques. Puis je donnerai à voir la manière dont sont incarnées en actes ces formulations théoriques en me fondant sur les témoignages de femmes ayant avorté au Centre et sur mes observations<sup>3</sup>. Enfin, je montrerai les contradictions dans lesquelles le CDSFM s'est vu placé ces vingt dernières années. En effet, du fait des avancées obtenues par les femmes du Québec pour faire reconnaître l'avortement comme un acte primordial pour la santé des femmes, le Centre se doit de repenser son activité et ses ancrages théoriques en vue de pérenniser son action.

### **D'une activité contestataire à l'élaboration de pratiques abortives alternatives**

Si le CDSFM est aujourd'hui un des lieux communs de la prise en charge des avortements à Montréal, cette reconnaissance officielle est le fruit d'une longue bataille, amorcée dès la fin des années 1960, qu'il importe de retracer afin de saisir ses pratiques et ses postures.

### **Un service d'information et de référence en héritage**

Bien qu'autorisé au Canada depuis l'adoption du bill Omnibus en 1969<sup>4</sup>, l'avortement est l'objet d'un ensemble de restrictions légales qui en limitent son accès. En l'occurrence, l'avortement est autorisé seulement lorsqu'il est pratiqué par un médecin qualifié dans un hôpital accrédité ou approuvé, et pour autant que la majorité des membres du comité d'avortement thérapeutique<sup>5</sup> déclare par certificat que la continuation de la grossesse de la femme souhaitant avorter pourrait mettre en danger sa vie ou sa santé<sup>6</sup>. Le droit ainsi énoncé est cependant appliqué de façon très inégale à travers le Canada. À la fin des années 1960, l'avortement demeure difficilement accessible, notamment dans le Québec francophone alors très catholique.

---

3. Cet article est issu de mon travail de thèse analysant la construction sociale de l'expérience de l'avortement en France et au Québec (Mathieu, 2016). Il s'appuie sur la partie du travail de terrain réalisée au Québec et sur les entretiens menés avec des femmes ayant avorté au CDSFM entre 2000 et 2010 – soit les expériences de dix femmes et de treize interventions –, ainsi que sur l'analyse du compte rendu de deux passages au Centre en octobre 2010 et en mars 2013, mêlant des temps d'observation dans les différents lieux et temps de la prise en charge des avortantes et des moments d'échanges avec des professionnelles y exerçant.

4. Le bill Omnibus (bill C-195) est déposé le 21 décembre 1967 à la Chambre des communes par le ministre fédéral de la Justice Pierre Elliot Trudeau. Toutefois, il ne sera voté (dans une forme quasi identique : le bill C-150) qu'en 1969, après l'élection de ce dernier au poste de premier ministre du Canada (Desmarais, 1999 : 53, 57).

5. Un comité d'avortement thérapeutique (CAT) « désigne un comité formé d'au moins trois membres qui sont tous des médecins qualifiés, nommés par le conseil de cet hôpital pour examiner et décider les questions relatives aux arrêts de grossesse dans cet hôpital » (Art. 251 du *Code criminel*, paragraphe 6).

6. Cf. Art. 251 du *Code criminel*, paragraphe 4.

Dès 1970, une mobilisation autour de la revendication de l'accès à l'avortement s'est amorcée et s'intensifie lorsque s'ouvre le premier procès du Dr Morgentaler. Durant la décennie qui suit, différents groupes participent à cette lutte au Canada, et plus particulièrement au Québec. Deux réseaux distincts militent côte à côte. Le premier, plus réformiste, est composé de trois groupes : le Comité de défense du Dr Morgentaler, qui met l'accent sur le retrait des accusations contre le médecin et la décriminalisation de l'avortement de 1973 à 1974 (Desmarais, 1999 : 82 ; 2016 : 65, 78) ; le Front commun pour l'abrogation des lois sur l'avortement, qui assure de 1971 à 1974 un lobbying auprès du gouvernement fédéral (Lamoureux, 1983 : 83) ; et la section québécoise de l'Association canadienne pour l'abrogation des lois sur l'avortement, qui œuvre de 1974 à 1976. Un second réseau plus radical s'engage quant à lui dans l'action auprès des femmes. Dans ce réseau québécois, il ne s'agit pas seulement de défendre la pratique médicale de l'avortement, mais bien davantage de gagner pour toutes les femmes le droit « d'avorter librement et gratuitement » (Lamoureux, 1983 : 84). Il est formé par le Front de libération des femmes du Québec (FLFQ) (1969-1971), le Centre des femmes (CDF) (1972-1974) et le Comité de lutte (1974-1980). Ces trois groupes vont assumer successivement le Service d'information et de référence en contraception et avortement, jusqu'à la disparition du Comité de lutte en 1980. Sous l'impulsion du FLFQ, ils assureront également dès 1970 la distribution de la traduction française d'une brochure publiée par des étudiant·e·s en 1969 : *The Birth Control Handbook* (Lamoureux, 1993 : 174 ; Sethna, 2006).

En 1975, au côté du Comité de lutte, naît le CDSFM. Il est le premier des six centres de santé des femmes ouverts au Québec entre 1975 et 1982 :

*Désireuses de travailler avec des ménagères dans un quartier, cinq féministes et marxistes fondent le Centre de Santé des femmes du quartier Plateau Mont-Royal. [...] Les fondatrices [souhaitaient] mettre sur pied un instrument qui appartienne aux femmes et à partir duquel elles [pourraient] poser les problèmes spécifiques à leur condition de façon à pouvoir agir concrètement.* (Desmarais, 1999 : 129)

### **Du partage des savoirs en santé sexuelle à la pratique d'avortements**

Dès sa première assemblée générale, le 5 avril 1978, le CDSFM énonce sa volonté de pratiquer des avortements, mais « il doit renoncer temporairement à ce projet en raison de la difficulté à recruter des médecins » (Desmarais, 1999 : 129). Dans un premier temps, le Centre s'adresse aux femmes du quartier alors populaire du Plateau Mont-Royal et, à défaut de pratiquer des avortements, il offre, « quatre demi-journées par semaine, un service de consultation médicale [...], ainsi que des cours sur la santé (tels premiers soins, contraception, médicaments), un service de documentation et des rencontres sur divers

sujets» (Desmarais, 1999 : 130 ; 2016 : 119) et collabore régulièrement avec le Comité de lutte, qui assure le service de référence pour obtenir des avortements illégaux non clandestins jusqu'en avril 1980. C'est ainsi qu'au sein du Centre, «les premières militantes féministes en santé en sont venues à développer une critique radicale de la médecine scientifique» (Michaud, 1997 : 100).

C'est dans un second temps, avec l'aide matérielle et financière de Centres locaux de services communautaires (CLSC)<sup>7</sup> en novembre 1980, que le Centre met en place son service d'avortement. «[L]e projet de clinique d'avortement conjointe CLSC-CDSFM se concrétise enfin : la Dre Jeanne Saint-Amour pratique les premiers avortements illégaux dans les nouveaux locaux du CDSFM [...]. De son côté, la Dre Donna Cherniak initie [...] de jeunes femmes médecins à la pratique» (Desmarais, 1999 : 204 ; 2016 : 188). L'ouverture du service d'avortement au CDSFM est célébrée le 16 mai 1981 après la projection à Montréal de *Regarde, elle a les yeux grand ouverts* (Le Masson, 1980), réalisé au sein du Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception d'Aix-en-Provence, un des MLAC radicaux français ayant continué la pratique des avortements après la loi dite Veil (Pavard, Rochefort et Zancarini-Fournel, 2012) en dehors du cadre médical (Ruault, 2017 : 512-519). Elle est accompagnée par ce texte significatif de l'esprit du Centre :

*En fêtant l'ouverture de notre service d'avortement, on fête donc un acquis capital pour la lutte des femmes.*

*On fête aussi les 6 ans d'existence du Centre de Santé des femmes du quartier. Cela veut dire : 6 ans d'urgence [...].*

*C'est aussi 6 ans d'apprentissage de la solidarité entre femmes,*

*6 ans à tenter d'élever un mur de complicité face à l'oppression [...].*

*6 ans à essayer d'identifier et ensuite de dénoncer les multiples façons dont le pouvoir médical s'exerce aux dépens de la santé physique et mentale des femmes [...].*

*6 ans à se battre pour conserver notre autonomie et la direction de notre lutte face à la répression et la récupération. Mais la lutte n'est pas finie. (CDSFM, 1981, cité par Desmarais, 1999 : 206)*

Ainsi, la mise en place du service d'avortement s'est nourrie de la critique féministe radicale de la pratique médicale «ordinaire», née dans le contexte de contestation sociale et politique des années 1970 et de l'expérience aixoise en la matière. Le Centre montréalais souhaite «offrir un service d'avortement libre, gratuit et facilement accessible, tout en favorisant une approche globale<sup>8</sup>, un contact privilégié avec les femmes, la réduction des délais d'attente et une démythification de la pratique des avortements en

7. Les CLSC sont des organismes publics, nés des cliniques populaires et créés par le gouvernement du Québec en 1974. Ces centres offrent des services de première ligne en matière de santé et d'assistance, adaptés aux besoins des populations des territoires qu'ils recouvrent.

8. Dans la version de l'ouvrage de 2016 de Louise Desmarais, le terme « global » a été remplacé par multidisciplinaire.

dehors du cadre hospitalier» (Desmarais, 1999 : 204 ; 2016 : 188). L'inauguration du service d'avortement coïncide d'ailleurs avec son ouverture à l'ensemble de la population féminine : le Centre des femmes du Plateau Mont-Royal devient le Centre de Santé des femmes de Montréal (CDSFM). À partir de ce moment, l'avortement va représenter son activité principale (Desmarais, 1999 : 204), et ce, jusqu'à récemment, offrant une réelle alternative aux femmes face aux cliniques privées et aux cliniques dites Lazure<sup>9</sup> mises en place au sein des hôpitaux par le gouvernement provincial en 1978.

### **Les principes fondamentaux du CDSFM : l'énoncé des trois « D »**

Le CDSFM et le réseau des « 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 » (Michaud, 1997 : 100). Dénonçant l'oppression des femmes et réclamant leur autonomie, ils se sont développés autour de trois principes fondamentaux, formulés dans l'énoncé des trois « D » (voir l'encadré) : « démedicalisation », « déprofessionnalisation » et « désexisation » (Michaud, 1997 : 100).

*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. (Michaud, 1997 : 100)*

#### **Les trois « D » du Centre de Santé des femmes de Montréal (extraits du document publié par le CDSFM, Provost et Rivet, 2000 : 8-9) :**

- DÉPROFESSIONNALISER, ce qui signifie de resituer les pratiques médicales dans un cadre plus accessible et égalitaire [...], transmettre le maximum d'informations, vulgariser le savoir scientifique, nommer les limites de la médecine, démystifier les actes médicaux, bref, retirer des mains des expert-e-s le monopole des décisions qui concernent le corps, la santé et le mieux-être des femmes, afin d'améliorer leurs connaissances et accroître leur pouvoir de décision. Déprofessionnaliser signifie égale-

9. Dans l'espoir d'apaiser le mécontentement des groupes de femmes, le ministre des Affaires sociales du Québec Denis Lazure incite formellement les hôpitaux à mettre en place des comités d'avortement thérapeutique (CAT). Il alloue des subventions aux hôpitaux qui acceptent de développer des cliniques spécialisées en planification familiale, à condition que celles-ci offrent un service d'avortement thérapeutique en assurant la présence d'un CAT au sein de leur institution (Desmarais, 1999 : 150-151 ; 2016 : 155).

ment de permettre à des femmes, formées pour le faire, d'accomplir des actes médicaux dévolus aux professionnel-le-s de la santé (ex. sage-femme, paramédicale) ;

- DÉMÉDICALISER, ce qui signifie développer un regard critique par rapport à la médecine, abolir la surmédicalisation des phénomènes normaux [...], avoir une vision holistique et proposer des méthodes alternatives en santé ;

- DÉSEXISER, ce qui signifie dénoncer les attitudes paternalistes qui infantilisent les femmes, remettre en question les diagnostics de maladies mentales trop facilement posés, questionner la pertinence et la fréquence de certaines interventions proposées d'emblée [...], sans que d'autres solutions alternatives soient considérées.

## Une santé pensée par et pour les femmes : une théorie en actions

Mais comment se traduisent ces principes en pratique? Quelles sont ces façons de faire développées par et pour les femmes? Retour sur cette praxis abortive alternative, féministe et critique de la médecine scientifique.

## Une démedicalisation incarnée par un lieu

La démedicalisation se manifeste au Centre dans divers aspects de la prise en charge des avortantes. Tout d'abord, la structure contraste avec celles du milieu hospitalier, tant par son architecture générale que par sa taille et sa décoration. Ainsi, Mathilde (étudiante et assistante de recherche en travail social, 29 ans), qui a avorté au Centre, dirige mon attention sur le lieu : « C'était dans une vieille maison [...], c'était pas du tout une ambiance hospitalière. » Pour elle, il était « important d'aller dans un endroit où ils te traitaient comme une personne, non comme un numéro ». Cet endroit « à dimension humaine » se voit bien souvent assimilé par les enquêtées à un espace du quotidien : « une grande maison » (Élisa, 29 ans, travailleuse sociale et étudiante au bac en enseignement), voire à un logement familial : « C'était une vieille maison victorienne, où c'est des chambres. [...] Tu as l'impression d'être chez ta grand-maman ou chez une vieille tante » (Marjolaine, 30 ans, chargée de projet numérique en éducation). Les femmes signalent à plusieurs reprises leur sensibilité au lieu, ses proportions et sa scénographie. En effet, chaque pièce y est aménagée selon une fonction précise et des portes protègent les usagères des regards étrangers, assurant la confidentialité de leurs propos et formant un cadre intimiste pensé pour leur confort. Elles mentionnent aussi des éléments de décoration : « Il y avait

des sofas, c'était bien éclairé. C'était un beau lieu » (Émeline, 26 ans, étudiante au bac en sciences sociales, intervenante et assistante administrative en centre communautaire). Les lumières tamisées, les couleurs chaudes et douces, la décoration en partie végétale articulées à la configuration des espaces créent une atmosphère chaleureuse contrastant fortement, comme le souligne Josiane (28 ans, employée dans une maison d'édition), avec l'hôpital de Montréal. Ayant avorté en milieu hospitalier, elle garde le souvenir d'un service de planification des naissances austère : « C'était un couloir en sous-sol [...] derrière deux grosses portes en métal », où « l'éclairage était déficient. [...] c'était comme des néons, mais qui faiblissaient depuis vingt ans, qui faisaient une sorte de bruit, [...] un grésillement. C'était [...] vraiment glauque. » Ce n'est pas sans surprise qu'elle découvre le Centre, à travers les récits d'amies : « [Elles] m'ont raconté leurs histoires, c'est dans des endroits super ; des fleurs, des tables basses, de la dentelle là. Tu sais, quasiment des grands-mères qui viennent te tricoter un foulard pendant que tu attends. »

Si le Centre est assimilé à un lieu familial, il était déjà familier à certaines avant leur avortement. Ainsi, Camille (25 ans, étudiante à la maîtrise en travail social et serveuse) explique pourquoi elle choisit le CDSFM pour interrompre sa grossesse : « J'étais déjà allée au Centre [...] en fait, pour une cape cervicale, donc je connaissais la place. » Tout comme Marie-José (26 ans, maîtrise en anthropologie, en recherche d'emploi), elle y avait suivi une formation et, quand elle veut avorter, elle n'a aucune hésitation : « Ça me semblait vraiment naturel. [...] Pour moi c'était évident que j'allais le faire là-bas et pas dans un hôpital ou dans une clinique que je ne connaissais pas. » Cette certitude est d'autant plus grande que le Centre s'inscrit dans leur quartier : « C'était vraiment à côté de chez nous. [...] C'est aussi comme ça que j'ai choisi l'endroit » (Chloé, 27 ans, travailleuse autonome).

La continuité entre le Centre et les lieux du quotidien est aussi perceptible lorsque l'on prête attention aux tenues vestimentaires. Au CDSFM, « les infirmières [sont] habillées en civil » (Camille) et les avortantes portent leurs propres habits jusqu'en salle d'intervention. Ce détail contribue à réinscrire l'avortement dans les actes de la vie ordinaire et, en rejetant les uniformes qui mettent en scène des rôles traditionnels (expert·e·s/profan·e·s), il participe à la création d'un cadre plus égalitaire, de manière cohérente avec les trois « D ».

La démedicalisation se traduit aussi au Centre par un moindre recours aux examens physiques ou aux technologies intrusives. Pour confirmer la grossesse, « chacune devait refaire un test de grossesse pour être sûre » (Émeline). La grossesse est attestée par un test urinaire auto-administré et non par prise de sang comme il est d'usage ailleurs. De même, l'échographie – systématique pour toute grossesse en France, menée à terme ou avortée (Mathieu et Ruault, 2014 : 34) – a été longtemps absente du Centre, comme

en témoigne Éliisa : « Il n'y avait pas d'échographie... je ne pense pas qu'il y avait le matériel pour faire ça. Mais il y avait un examen gynécologique, où est-ce que là, ils palpaient, ils sentaient. » La datation de la grossesse est établie à partir d'un examen clinique croisé avec le calcul, réalisé par les femmes lors d'une rencontre collective en amont de l'avortement : « On calcule notre cycle menstruel, [...] voir de combien de temps on serait enceinte... les dernières menstruations » (Éliisa).

Les enquêtées du Québec ont toutes avorté par aspiration (méthode dite chirurgicale en France), le RU-486 (la pilule abortive) n'ayant été que récemment autorisé au Canada. Cependant, au CDSFM, elles ont bénéficié d'un choix élargi quant à la prise en charge de la douleur. À côté de la médecine « moderne », leur étaient proposées des alternatives d'ordre relationnel, technique (acupuncture) ou médicamenteuse (homéopathie) :

*T'avais accès à toutes sortes de médicaments, mais pas que des médicaments. [...] Tu avais accès à toutes sortes de trucs, aussi variés que de l'acupression<sup>10</sup> pour calmer ton stress, que des plantes naturelles, des tisanes, en allant vers la pseudo-morphine là [...]. C'était ça la panoplie. Tu pouvais choisir ce que tu voulais là-dedans.* (Éliisa)

Les femmes soulignent l'importance pour elles de pouvoir décider des modalités selon lesquelles est contrôlée leur douleur : « C'était bien aussi, parce qu'on pouvait choisir la méthode, [...] si on voulait se faire endormir ou avoir des anti-douleurs » (Émeline). Pour Sarah (29 ans, employée dans l'événementiel, en reprise d'études au bac en ressources humaines), qui a avorté quatre fois, ce point était essentiel : « Ce qui est bien, c'est qu'ils te proposent différents médicaments OU PAS de médicaments et puis des trucs alternatifs comme des pings d'acupuncture, [...] puis des relaxants aux plantes et des trucs plus relax que de la morphine ou de la pseudo-morphine. » Cet élément lui est apparu d'autant plus important qu'elle a mal vécu les protocoles des deux autres services d'avortement. Elle raconte ainsi comment cela s'est passé lorsqu'elle avorte une troisième fois, dans une clinique montréalaise :

*Il y avait la pression pour prendre les médicaments là... VRAIMENT... :*

- *On va te donner des gaz hilarants.*
- *Euh, non.*
- *On va te donner une injection de morphine.*
- *Non.*
- *Oui, mais ça va te faire mal.*
- *Non, c'est correct, c'est pas la première fois, je sais à quoi m'attendre.*
- *Non, mais on va quand même les garder prêts au cas où...*

10. L'acupression consiste à stimuler les points d'acupuncture par la pression des doigts.

Lorsqu'elle avorte une quatrième fois en CLSC, cette injonction à la médication lui apparaît encore plus forte : « Ils mettent vraiment la pression pour les médicaments, [...] il a vraiment fallu que je sois pas contente, parce que sinon, c'est comme ça que ça se passe. » On lui demande même de « signe[r] une décharge ».

Au Centre, les femmes peuvent choisir une gestion non pharmaceutique de la douleur et de l'angoisse. Aux côtés des analgésiques et anesthésiants y sont valorisées les compétences des femmes, des techniques du corps (Mauss, 1935) et des méthodes mécaniques et humaines. Durant l'avortement, au CDSFM, on propose aux femmes différents arrangements de nature non médicale pour améliorer leur confort. Émeline se rappelle : « On allait dans la salle d'intervention en tant que telle et puis, là, la femme disait : « Est-ce que tu veux mettre de la petite musique ? » C'était très [...] convivial, d'une certaine façon si on veut... Il y avait une femme qui était là pour me tenir la main, pendant tout le temps. « Si tu veux parler, tu peux dire quelque chose. » Andréanne (31 ans, intervenante sociale), elle aussi, est attentive à la présence de cette professionnelle dédiée à son bien-être : « Il y avait une autre infirmière qui était comme concentrée sur [...] moi. [...] Je trouvais ça le fun de pouvoir parler, tu sais, c'est juste de pouvoir dire ce que je vivais. » Au Centre, l'anesthésie « verbale »<sup>11</sup> est proposée aux femmes, tout comme l'usage de bouillottes, chauffettes ou linges rafraîchissants, mais aussi de la musique pour leur confort. S'y ajoutent une table gynécologique plus large aux étriers emboîtant les jambes et un tableau au plafond (dans l'ancien CDSFM) – une spécificité remarquée par Camille : « Je me rappelle, il y avait une toile au plafond, quand tu es couchée sur la table. [...] Il me semble que c'était des fleurs. » Enfin, les femmes qui avortent au CDSFM peuvent être accompagnées par la personne de leur choix : « Ton conjoint peut venir aussi avec toi, ou un ami, ou n'importe qui dans la salle [d]'intervention » (Élisa). Cela n'est pas sans contraster avec les pratiques ayant cours dans les autres établissements de Montréal, où les femmes se voient bien souvent isolées dans un bloc réservé aux professionnel·le·s de la santé et aux patientes.

## Des expériences désexisées et déprofessionnalisées

De manière à éviter toute attitude paternaliste et à développer un espace sécurisé, où les femmes ne risquent pas de s'exposer à des jugements de valeur, le Centre a mis en place des règles de fonctionnement : des actes médicaux limités et toujours conditionnés par les choix des femmes, mais aussi une équipe de professionnelles de soins exclusivement féminine. Cet élément est particulièrement apprécié par des enquêtées : « Ce que j'ai trouvé

---

11. L'anesthésie verbale est associée en France à la méthode dite Karman (Pavard, 2009 : 80).

extraordinaire, c'était de se trouver dans un milieu où il y avait presque juste des femmes, puis où tu te sentais pas jugée. [...] C'était vraiment important» (Joséphine, 23 ans, étudiante au bac en arts).

Réinscrites au cœur du processus décisionnel, les femmes sont largement informées, selon le souci du Centre de déprofessionnaliser l'acte. Avant l'avortement, les femmes participent à une réunion de groupe: «C'est une rencontre avec un groupe de femmes qui désirent se faire avorter, et puis c'est vraiment une rencontre un peu informative. [...] On est à peu près quatre/cinq, avec une ou deux intervenantes communautaires» (Sarah). S'ouvre un échange nourri par des informations transmises par la professionnelle de soins. Y sont tour à tour évoqués l'histoire de la lutte pour le droit à l'avortement et celle du Centre, le fonctionnement du cycle menstruel, les différentes méthodes de contraception et le déroulement de l'avortement, qui s'étend des examens préalables aux suites de l'intervention en passant par les différents choix offerts aux avortantes tant en matière de gestion de la douleur que d'accompagnement (ce qui leur évite notamment d'être seules face à des professionnelles détentrices de savoirs, dans une interaction traversée par un rapport de domination). Plus qu'un simple échange de connaissances théoriques, les femmes acquièrent des savoir-faire; elles assurent elles-mêmes la complétion de leur dossier médical, l'identification de leur état de grossesse par test urinaire, de l'avancée de leur grossesse par calcul et de leur groupe rhésus par un test sanguin réalisé en présence d'une infirmière.

Aussi, durant la réunion collective, les travailleuses sociales du CDSFM mobilisent leur propre expérience de femme (contraceptive et abortive), mettant en avant leur appartenance au groupe de sexe plutôt que leur statut professionnel: «Parce que, souvent, les filles qui travaillent là-bas, elles ont déjà vécu des avortements [...] aussi. [...] Elle disait: «Moi, je me suis fait avorter» (Élisa). L'intervenante replace donc l'échange dans un cadre plus égalitaire, qui s'élargit à l'ensemble des femmes présentes lors de cette réunion, comme l'explique Chloé:

*Ma rencontre avant, le fait de voir que c'était un peu n'importe qui [qui avorte...]... Ça peut être des avocates, ça peut être... c'est toutes les tranches de la société. Mais j'avais comme l'impression que c'est souvent des jeunes ados qui avaient des accidents, [...] j'avais ce préjugé-là.*

Ce temps entre femmes permet aux avortantes de parler sans crainte, de se défaire d'idées préconçues et de penser leur expérience comme un épisode ordinaire de la trajectoire procréative des femmes: «En groupe [...], ça normalisait un peu le fait que c'est un choix de se faire avorter, et puis on avait le droit. Puis les femmes qui étaient là, ben c'est sûr qu'elles étaient sans jugement, et puis tu te rends compte que t'es pas toute seule dans cette situation-là» (Mathilde). Aussi, au CDSFM, les échanges entre profession-

nelles de soins et avortantes sont pensés en trinôme, la médecin, une intervenante et l'avortante, rompant pour partie l'asymétrie traversant les entretiens en tête à tête experte et profane.

De plus, lors de l'intervention, les femmes peuvent connaître la nature des gestes posés sur leur corps : « Il y avait vraiment une explication au niveau biologique aussi. Ils expliquaient qu'est-ce qui se passait et puis ils pouvaient te montrer tout au long du processus ce qu'ils étaient en train de faire, si on le souhaitait, [...] c'était très explicite. Il n'y avait rien de caché » (Mathilde). Cette transparence se veut totale, puisque le Centre est un des rares établissements à Montréal à proposer aux femmes de voir le « produit de la grossesse extrait » : « L'avortement était procédé. Après ça, ils te demandaient si tu voulais voir les résidus » (Sarah). Cette étape cohérente avec le principe de déprofessionnalisation permet aux femmes de « désacraliser » l'avortement, comme l'explique Joséphine : « C'est comme l'espèce de menstrues ben pognées<sup>12</sup> là, tu sais, c'est rien de bien particulier. Puis ça m'a fait du bien vraiment, ça m'a libérée de voir ça, de voir qu'il y avait rien à voir en fait. » Mais elle peut être pour d'autres l'étape d'un deuil. C'est pour Andréanne un rituel lors de l'interruption de ses trois grossesses :

*J'ai demandé à voir le fœtus, [...] toutes les fois, et puis c'est ça ... J'avais envie de ça pour, je ne sais pas, pour lui dire au revoir, même si [...] je considère pas que c'est un être humain. Tu sais, c'est comme un ovule et puis un spermatozoïde qui se sont rencontrés et puis c'est comme la vie qui continue. [...] Mais [...] c'est comme si j'avais envie de lui dire « Bye ! » quand même.*

Cependant, si le Centre promeut dès ses origines la déprofessionnalisation de l'avortement, seules des professionnelles de soins en ont assuré sa pratique, contrairement à ce qui s'est passé dans certains MLAC français, où des non-professionnelles de soins (ni médecins, ni paramédicales) se sont emparées du savoir-faire alors réservé au corps médical.

## **Les trois « D » du CDSFM mis à l'épreuve**

Des évolutions récentes ont amené à repenser la prise en charge de l'avortement au sein du Centre et à se distancer pour partie des principes originels. De nouvelles contradictions sont nées de la reconnaissance officielle de l'avortement comme acte primordial pour la santé des femmes, du soutien institutionnel des lieux qui le pratiquent et de la mise sur le marché de nouveaux médicaments.

---

12. « Pognées » (du verbe pogner) est un mot propre au langage populaire québécois. Le sens qu'on peut lui attribuer ici est « prises » ou « attrapées ».

## Une institutionnalisation à double tranchant

Créé dans un contexte où la pratique de l'avortement hors de l'hôpital demeure illégale, le service d'avortement du CDSFM s'ancre progressivement dans le réseau officiel des établissements dispensant cet acte.

En 1988, l'avortement est dépénalisé au Canada. Mais durant les dix années suivantes, le Centre reste précaire d'un point de vue financier et s'appuie sur les dons des femmes pour pérenniser ses activités, et notamment celle d'avortement. En 2000, le gouvernement alloue une subvention destinée à consolider les services d'interruption de grossesse au Québec, dont le Centre bénéficie. Trois ans plus tard, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre accorde au CDSFM un budget récurrent pour les services d'avortement de premier trimestre, permettant au Centre d'assurer la gratuité de l'acte pour plus de 1000 femmes par an. Malgré sa lutte pour une totale reconnaissance financière auprès de la nouvelle Agence de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, les ressources, en 2005, ne comblent toujours pas les besoins (CDSFM, 2018). C'est alors qu'en 2006, l'Association pour l'accès à l'avortement intente un procès contre le gouvernement du Québec. Puisque le réseau public ne peut dispenser tous les avortements demandés, le gouvernement québécois viole sa loi en ne payant qu'une partie des coûts des avortements pratiqués en cliniques privées et au CDSFM. Il est donc condamné à rembourser 13 millions de dollars aux femmes ayant eu à payer pour un avortement entre le 2 mai 1999 et le 22 février 2006<sup>13</sup>. Enfin, en 2008, le gouvernement garantit la totale gratuité des services d'avortement pour toutes les femmes, peu importe le lieu où l'intervention est pratiquée (Conseil du statut de la femme, 2008 : 28 ; Parent, 2008).

Si ces évolutions sont de réelles victoires pour les femmes du Québec, elles ont conduit à d'importantes modifications au sein du Centre. Tout d'abord, la mise en place de la gratuité générale de l'avortement, quel que soit son lieu de prise en charge, a conduit à une mise en concurrence des espaces fournissant ce service. Le CDSFM est alors contraint de réviser les modalités mises en place autour de la pratique des avortements, comme l'explique la directrice (entretien du 27 mars 2013) :

*On ne fait plus de rencontres collectives. On s'est rendu compte qu'on avait une baisse de fréquentation qui nous était exclusive, [...] qui n'était pas dans les autres cliniques. [...] Les femmes, quand elles apprenaient qu'il y avait une rencontre collective, elles étaient moins chaudes, pas tellement à cause du collectif, comme de façon très pragmatique en termes de temps. [...] Et là, on a travaillé à*

13. Cauchy, Clairandree (2006). « Avortement – Québec a violé sa propre loi. La Cour condamne le gouvernement à verser plus de 13 millions aux femmes qui ont eu recours au privé », *Le Devoir*, 19 août.

*une façon différente de le faire et, maintenant, ce sont des rencontres, soit individuelles, soit à deux femmes... le plus souvent individuelles.*

Ainsi, si le Centre a participé de la démarche collective pour la reconnaissance de la gratuité de l'avortement dans l'ensemble des établissements pratiquant l'acte, il se doit de s'adapter pour répondre au mieux aux préférences des femmes, qui privilégient la prise en charge d'une interruption de grossesse la moins chronophage. Tout en individualisant l'avortement, cette modification du « protocole » construit en amont de l'intervention signifie pour partie une remise en question des principes fondateurs, et notamment celui de déprofessionnalisation.

De même, la directrice du CDSFM souligne que, « actuellement, toute l'équipe est féminine, les médecins... pour le moment », mais aussi :

*On a eu une période où on manquait CRUELLEMENT de médecins, [...] ça mettait en danger la survie du centre, donc là, on se disait... Là, il y a un médecin [homme] qui est venu nous voir. On s'est vraiment posé des questions [pour décider si on le prenait ou pas] : si un médecin est proche de notre façon de voir la santé sexuelle des femmes et qu'on ne le prend pas parce que c'est un homme, est-ce que vraiment on... j'veux dire... Alors [...] on a fait un sondage<sup>14</sup>, et en gros, je dirais que les deux tiers sont contentes que ce soit juste une équipe féminine à l'IVG...*

La pénurie de femmes médecins souhaitant pratiquer des avortements est indissociable « du stigmate encore lié à l'avortement, de la peur d'être connue et ciblée par des militants anti-choix dans une petite communauté, et du manque de formation spécifique sur l'avortement dans les écoles de médecine » (Coalition pour le droit à l'avortement au Canada, 2008 : 1). L'entre-soi féminin a pu être préservé au sein du service d'interruption de grossesse du Centre, mais le difficile renouvellement des professionnelles de soins n'a pas été sans mettre à l'épreuve un dispositif important du Centre, assurant sa non-mixité et, par là, son caractère sécurisant pour les femmes. Si l'ajustement de certaines dispositions a permis – partiellement en tout cas – de maintenir les principes de déprofessionnalisation et de déséxisation, c'est bien celui de démedicalisation qui est le plus entamé par les évolutions récentes.

## **De la médicalisation à la médication de l'avortement**

Les femmes me parlaient du Centre « comme un appartement un peu vieillot » (Sarah). Je fus toutefois étonnée lors de ma première visite. Bien que l'endroit apparaisse nettement plus chaleureux et intimiste qu'un couloir d'hôpital, le décorum et la gestion de l'espace se rapprochent de ceux d'une

---

14. Ce sondage était rempli sur une base volontaire ; il a été distribué en salles d'attente dans le Centre.

clinique moderne et donc « plus rassurante » pour les femmes<sup>15</sup>. La directrice m'apprend lors de notre entretien que le Centre a déménagé pour pouvoir accueillir les femmes dans de meilleures conditions, mais aussi que les espaces dédiés au lavement et à la stérilisation des instruments ont été repensés, anticipant d'éventuels projets de loi. En effet, en l'absence de cadre légal, la menace de futures lois plane toujours sur les lieux dispensant des avortements. Ainsi, en 2009, le service d'avortement du CDSFM a failli fermer, car le projet de loi 34 prévoyait des restrictions concernant les lieux pratiquant des avortements. Les interruptions de grossesse, selon ce projet, ne pouvaient être effectuées que dans un centre hospitalier ou dans un centre médical spécialisé (CMS), contraignant les cliniques d'avortement et les Centres de santé des femmes à se conformer aux exigences des CMS, dont celle de se doter d'un bloc opératoire. Finalement, face aux protestations, le ministre de la Santé et des services sociaux Yves Bolduc a retiré l'avortement des interventions médicales incluses dans la loi 34.

Aussi, un glissement s'est opéré au cours du temps quant aux modes de gestion de la douleur proposés. En entretien, les femmes rendaient compte de pratiques « naturelles » aux côtés d'analgésiques et de relaxants médicamenteux. Les professionnelles de soins du Centre rencontrées lors de ma première visite témoignaient d'un regard très critique sur l'emploi du Versed, un hypnotique et sédatif à action rapide employé dans d'autres établissements montréalais, ayant pour effet secondaire une amnésie antérograde. Mais lors de ma seconde visite, l'acupression tout comme le Relaxen<sup>16</sup> ont été clairement délaissés et le Versed est venu s'ajouter à la panoplie des produits proposés aux femmes pour gérer les douleurs associées à l'intervention. Lorsque j'interroge la directrice du Centre, elle m'éclaire sur ces modifications :

*Moi, je suis ici depuis six ans. [L'acupression] n'était pas là quand je suis arrivée. Il y avait les herbes, le Relaxen. Le problème du Relaxen, c'est que c'est incompatible avec un nouveau médicament. L'autre chose aussi qui a changé, dans l'attitude par rapport au traitement de la douleur, c'est que ici, on n'offrait pas le Versed, qui est un médicament qui se combine avec le Fentanyl<sup>17</sup>. On ne l'offrait pas pour des raisons idéologiques au départ, en disant « on n'a pas besoin de Versed, on a une infirmière ou une intervenante qui est là, pour accompagner la femme. Ça dure pas longtemps, on l'aide à passer au travers » et euh ... il y avait vraiment une philosophie qui disait on offre le Relaxen mais on n'offre pas le Versed. Il n'y en avait même pas dans la maison. Mais il y en a qui ont commencé à challenger cette idée, en disant : « Attention là ! Nous ici, notre valeur première,*

15. Propos recueillis auprès d'une intervenante lors de la première visite au CDSFM en 2010.

16. Le Relaxen se présente sous forme de capsule contenant valériane (racine), passiflore (fleur), houblon (fleur), tilleul (fleur) et mélisse (feuille et fleur).

17. Le Fentanyl (R5240, sel citrique) est un analgésique opioïde.

*ce qu'on met de l'avant, c'est que c'est les femmes qui choisissent. À partir du moment où on décide que ce médicament qui est disponible, qui existe, qui est utilisé ailleurs, qui a fait ses preuves, on ne l'a pas, on vient de décider.» C'est vrai ! On avait fait le choix, les personnes avaient fait le choix pour les femmes [...] Ce n'est pas sûr que c'était ce que les femmes elles voulaient. [...] Alors là, il y a une médecin qui a dit : «Moi, j'aimerais ça qu'on l'entre.» Il y avait aussi des résistances qui avaient rien à voir avec les femmes, des résistances que ce soit le personnel, certains médecins n'étaient pas habitués à travailler avec ça, n'avaient peut-être pas... avaient un certain niveau d'inconfort à utiliser un médicament qu'elles connaissaient moins. Jusqu'à temps qu'on ait une médecin qui a eu...*

Ainsi, l'offre grandissante de médicaments, accompagnant la promotion du choix des femmes, a déplacé le continuum des modes de gestion de la douleur proposés au sein du Centre. L'avortement est alors de plus en plus conjugué à une prise en charge médicamenteuse des gênes physiques et des angoisses associées à l'intervention.

Mais au-delà de la médication de cette dimension de l'avortement, un nouveau défi se pose au CDSFM : l'autorisation de la mise sur le marché canadien, en juillet 2015, de la mifépristone (RU-486), dite pilule abortive. Au Québec, quelques avortements étaient pratiqués jusqu'alors par voie médicamenteuse, mais cette méthode est demeurée marginale. En effet, on décomptait moins de 1% des avortements, soit approximativement 250 avortements par an, réalisés par médicaments (Conseil du statut de la femme, 2008 : 20-21), du fait que la combinaison employée (méthotrexate/misoprostol) contraignait les femmes à un délai plus grand avant l'expulsion du produit de la grossesse que la combinaison à laquelle les femmes ont aujourd'hui accès (mifépristone/misoprostol). Cette situation tranche avec celles de la plupart des sociétés occidentales. En France notamment, le RU-486 est autorisé dès 1988 et sa distribution effective commence en février 1989. Associé dès 1991 au misoprostol (Gauthier, 2002 : 401-402 ; Baulieu, 2013), la technique médicamenteuse est aujourd'hui, en France, la méthode privilégiée pour avorter, représentant 55,4% des IVG en 2011 (Mazuy, Toulemon et Baril, 2014 : 373 ; 2015 : 2). Interdit de manière pérenne sur le sol canadien (et québécois) par Santé Canada, le RU-486 a pendant longtemps été critiqué par le CDSFM (Desmarais, 2016 : 345-346 ; Mathieu, 2016 : 83), comme en témoigne la brochure publiée par le Centre en septembre 2000 : *L'avortement médical : une véritable alternative ?* «Selon le CSFM, l'approche féministe de la santé des femmes qu'il prône exige la vigilance, l'analyse et la critique de cette méthode d'avortement» (Desmarais, 2016 : 397). Toutefois, si le Centre s'est opposé à de multiples reprises par le passé à l'emploi de cette technique d'avortement, de manière cohérente avec son principe de démedicalisation, il se doit aujourd'hui de réviser ses positions et de s'adapter face à la nouvelle offre pharmaceutique, d'autant que s'est opéré à travers le temps un glissement de paradigme.

## De l'avortement libre et gratuit aux choix des femmes

Si, au cours des années 1970-1980, les femmes du Québec revendiquaient l'avortement libre et gratuit, aujourd'hui, c'est bien le droit au(x) choix en matière de santé génésique qui est devenu leur nouveau cheval de bataille. Face à la stratégie des anti-avortement et leur requalification « positive » sous les termes de « pro-vie », les militantes pour l'accès à l'avortement pour toutes se sont désignées à leur tour comme « pro-choix » et ont progressivement réinscrit l'avortement au sein d'un ensemble plus large de pratiques de santé sexuelle et reproductive telles que la PMA ou la contraception. Mais cette évolution s'est accompagnée d'une individualisation et d'une médicalisation croissante de la santé, contraignant le CDSFM à repenser la prise en charge des avortantes et à se distancer de ses principes constitutifs. En promouvant le(s) choix des femmes, le Centre est contraint de s'adapter à leurs demandes et au nouveau paysage pharmaceutique.

Progressivement, les piliers d'une lutte idéologique pour la transformation de la médecine et de l'ensemble du système de santé s'effritent. L'éventail des pratiques d'avortement semble peu à peu se resserrer, tendant vers une prise en charge toute médicale et moins chronophage. Et, en s'appuyant sur les évolutions observées dans d'autres pays tels que la France, il y a tout lieu de penser que l'avortement par médicaments pourrait bientôt représenter la méthode privilégiée par les Québécoises pour interrompre une grossesse et ainsi prolonger ce phénomène d'individualisation de l'acte et de dépolitisation des conditions sociales d'avortement (environnement, techniques, accompagnement, etc.).

Alors que s'actualisent les réflexions sur l'accouchement physiologique ou la naissance respectée, il est d'autant plus remarquable que le traitement médical de l'avortement ne fasse plus l'objet d'une remise en question concrète. La critique sociale du contrôle médical des femmes tend ainsi à se focaliser sur les corps qui enfantent, prolongeant la hiérarchisation de deux épisodes de la trajectoire procréative des femmes – l'événement positif d'une maternité en construction versus l'avortement, un épisode encore à dissimuler et bien souvent tu. ■

- Baulieu, Étienne-Émile (2013), avec Caroline Fourest. *Libre chercheur*. Paris : Flammarion.
- Centre de Santé des femmes de Montréal (2018). «Historique». En ligne : [www.csfmontreal.qc.ca/wp/notre-histoire/] (consulté le 2 janvier 2018).
- Centre de Santé des femmes de Montréal, Line Provost et Shirley Rivet (2000). *L'avortement. L'intervention médicale, philosophie et pratique du Centre de Santé des femmes de Montréal*. Montréal : CDSFM.
- Centre de Santé des femmes de Montréal (2000). *L'avortement médical : une véritable alternative ?* Montréal : CDSFM.
- Centre de Santé des femmes de Montréal (1981). *Texte de présentation du Centre de Santé des femmes préparé pour la fête du 16 mai 1981*.
- Coalition pour le droit à l'avortement au Canada (2008). «La pénurie de médecins pratiquant l'avortement au Canada : aujourd'hui et demain». Vancouver : ARCC- CDAC.
- Conseil du statut de la Femme (2008). «L'avortement au Québec : état des lieux au printemps 2008». Québec : CSF.
- Desmarais, Louise (2016). *La bataille de l'avortement. Chronique québécoise*. Montréal : Éditions du Remue-ménage.
- Desmarais, Louise (1999). *Mémoires d'une bataille inachevée. La lutte pour l'avortement au Québec, 1970-1992*. Montréal : Trait d'Union.
- Gauthier, Xavière (2002). *Naissance d'une liberté. Contraception, avortement : le grand combat des femmes au XX<sup>e</sup> siècle*. Paris : Robert Laffont.
- Lamoureux, Diane (1993). «Une victoire à la Pyrrhus? : la lutte pour le droit à l'avortement». In *Avortement, pratiques, enjeux, contrôle social* (pp. 171-198). Montréal : Éditions du Remue-ménage.
- Lamoureux, Diane (1983). «La lutte pour le droit à l'avortement (1969-1981)». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 37 (1), 81-90.
- Le Masson, Yann (1980). *Regarde, elle a les yeux grand ouverts*. MLAC d'Aix-en-Provence, La Commune et les Cochonniers, documentaire, 90 min.
- Mathieu, Marie (2016). *Derrière l'avortement, les cadres sociaux de l'autonomie des femmes. Refus de maternité, sexualités et vies des femmes sous contrôle. Une comparaison France-Québec*. Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 8/UQÀM.
- Mathieu, Marie et Lucile Ruault (2014). «Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance». *Politix*, 3 (107), 33-59.
- Mauss, Marcel (1935). «Les techniques du corps». *Journal de Psychologie*, XXXII (3-4), 271-293.
- Mazuy, Magali, Laurent Toulemon et Élodie Baril (2015). «Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété». *Population et Sociétés*, 518.
- Mazuy, Magali, Laurent Toulemon et Élodie Baril (2014). «Le nombre d'IVG en France est stable, mais moins de femmes y ont recours». *Population-F*, 69 (3), 365-398.
- Michaud, Jacinthe (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.
- Parent, Nathalie (2008). «L'accès aux services d'avortement au Québec». À *bâbord!*, 25.
- Pavard, Bibia (2009). «Genre et militantisme dans le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception. Pratique des avortements (1973-1979)». *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, 29, 79-96.
- Pavard, Bibia, Florence Rochefort et Michelle Zancarini-Fournel (2012). *Les lois Veil. Les lois événements fondateurs. Contraception 1974, IVG 1975*. Paris : Armand Colin.
- Ruault, Lucile (2017). *Le spéculum, la canule et le miroir. Les MLAC et mobilisations de santé des femmes, entre appropriation féministe et propriété médicale de l'avortement (France, 1972-1984)*. Thèse de doctorat en science politique, Université Lille 2.
- Sethna, Christabelle (2006). «The Evolution of the Birth Control Handbook : From Student Peer-Education Manuel to Feminist Self-empowerment Text, 1968-1975». *Canadian Bulletin of Medical History*, 23 (1), 89-118.