

Renate Klein – Radical Reckonings, Survival in Patriarchy

Nos corps, nous-mêmes

Il s'agit de la quatrième partie de l'ouvrage, partie à laquelle Renate Klein accorde beaucoup d'importance. En effet, « nos corps, nous-mêmes » était un des slogans les plus importants du MLF, un slogan qui entraînait un certain nombre de réflexions qui semblent avoir disparu. C'était aussi le titre d'un livre collectif issu du Boston's Women's Health Collective. Il a été réédité récemment mais en y ajoutant des éléments que les féministes de l'époque n'auraient jamais inclus : la PMA, la GPA, les traitements hormonaux de la ménopause, etc... On peut dire que l'élan de réappropriation de notre corps a été brisé.

Parce que cette absence d'esprit critique envers toutes les technologies du patriarcat me désole et, à mon avis, nous empêche de pouvoir espérer en sortir, je vais traduire ce chapitre au lieu de le résumer.

Introduction

« Nos corps, nous-mêmes » a toujours été mon slogan du MLF préféré, ainsi que « Ce qui est privé est politique ». Ce slogan a émergé dans la joie et l'enthousiasme lorsqu'en 1970, The Boston Women's Health Book Collective (Collectif du livre de santé des femmes de Boston) publia une brochure prosaïque, intitulée *Nos corps, nous-mêmes*, sur divers aspects de la santé des femmes. En 1972, Barbara Ehrenreich et Deirdre English lancèrent leur cri de guerre contre un système médical dominé par les hommes dans *Sorcières, sages-femmes et infirmières, une historE des femmes soignantes*¹, rapidement suivi de ces ouvrages : *The Hidden Malpractice : How American Medicine Mistreats Women* (Gena Corea, 1977), *Men Who Control Women's Health : The (Mis)Education of Obstetricians and Gynecologists* (Diana Scully, 1980/1994) et *How to Stay Out of the Gynecologist's Office* (Federation of Feminist Women's Health Centres, 1981)². Tous ces ouvrages expliquaient aux femmes comment le patriarcat contrôle nos corps et comment nous émanciper de ce contrôle. Je me rappelle avoir été très intriguée par la pratique de l'extraction menstruelle au cours des années 1980 (déjà élaborée en 1971 par des praticiennes de la santé féminine Lorraine Rothman et Carol Downer). Pratiquée dans le cadre d'un groupe, l'extraction menstruelle aurait pu éviter de nombreux avortements, car l'équipement fourni permettait aux femmes d'aspirer délicatement la muqueuse utérine susceptible d'abriter un début de grossesse. Bien entendu, cette méthode fut dénigrée pour sa « grande dangerosité » par la confrérie médicale et peu à peu, et n'eut plus la cote auprès des femmes.

Des centres de santé pour les femmes proliférèrent dans le monde entier et devinrent des havres de sécurité pour les femmes qui cherchaient à comprendre leurs corps, à découvrir l'autogestion de leur propre santé et les traitements alternatifs, qui utilisaient parfois des herbes médicinales. Outre qu'ils facilitaient la création de groupes de conscientisation, ils offraient des consultations pour les femmes et organisaient des conférences. Avec les foyers de réinsertion et les centres d'aide aux victimes de viol, ils relevaient de cet activisme dynamique né dans les groupes de libération des femmes du début des années 1970. Et contrairement à ce que veut la tradition dominante – toujours d'actualité – les féministes n'étaient pas seulement des femmes de la classe moyenne blanche. L'anthologie publiée par Robin Morgan et intitulée *Sisterhood is Powerful* (1970)³, montre que de

¹ Éditions Cambourakis, 2023, traduction L. Lamé avec une nouvelle préface des deux auteures.

² Gena Corea (auteure de *The Mother Machine*), L'ouvrage cité ici pourrait se traduire par : les abus médicaux dissimulés : comment la médecine américaine maltraite les femmes.

Diana Scully : ces hommes qui contrôlent la santé des femmes : la (més)éducation des obstétriciens et des gynécologues. Le dernier : comment ne pas entrer chez un gynécologue.

³ La sororité, c'est le pouvoir est une traduction possible.

nombreuses femmes noires en faisaient partie à l'époque. Et à Melbourne, le premier groupe de libération des femmes était composé de quatre femmes, âgées de 30 à 50 ans, issues du milieu ouvrier et du milieu des migrants non anglophones, et d'une femme de la classe moyenne blanche.

Il n'y a pas non plus de séparation nette entre les différents féminismes – radical, libéral et socialiste – cela viendrait plus tard. On peut décrire les premières années du MLF dans les années 1970 comme une période de grand enthousiasme, de pensée et d'action *collectives* au bénéfice de *toutes* les femmes. Il s'agissait de détrôner le patriarcat, ce qui, comme le promettait une Américaine optimiste, « devrait être fait d'ici Noël ». Cinquante ans plus tard, nous sommes encore moins prêtes d'atteindre ce but qu'à l'époque.

À la fin des années 1970, les structures d'organisation collective populaires qui soutenaient au début les espaces réservés aux femmes commencèrent à changer, plus rapidement dans certains pays que dans d'autres. En Australie, l'une des conséquences du gouvernement travailliste Whitlam, progressiste mais éphémère (1972-1975), fut non seulement la gratuité des études universitaires, adoptées avec enthousiasme par les femmes, jeunes et moins jeunes, mais aussi, en avril 1973, la création du poste de Conseillère pour les femmes auprès du premier ministre et la nomination à ce poste d'Elisabeth Reid par Whitlam. Vint ensuite la création de la Section des Affaires féminines en 1974. Sous la direction de Reid, Whitlam rouvrit le dossier de l'égalité des salaires, étendit le salaire minimum aux femmes, instaura le congé de maternité rémunéré dans la fonction publique, des allocations pour les mères célibataires, créa des garderies communautaires, fit en sorte que la contraception soit accessible, instaura le divorce sans faute, et finança des refuges et des centres de santé pour les femmes. Mais en dépit la bonne volonté du gouvernement pour élever le statut des femmes, à cause d'un environnement dominé par les hommes et d'une inévitable bureaucratie, peu à peu, les femmes qui y travaillaient et qui furent connues sous le nom de « fémocrates » passèrent la libération des femmes à l'intégration des femmes – imitant ainsi l'évolution des Études féministes au début des années 1980 entre autonomie et intégration.

Les services de base réservés aux femmes pouvaient désormais postuler pour un financement auprès du gouvernement, ce qui causa de nombreux conflits et de nombreuses divisions parmi les femmes qui travaillaient bénévolement dans ces centres. Après de nombreuses discussions houleuses au sujet des finalités de ces services – aider les femmes à s'assurer une vie indépendante, sans violence et en bonne santé – la question décisive était souvent : qui va payer le loyer ? Et donc on acceptait l'argent. C'est ainsi que les services dédiés aux femmes commencèrent aussi à passer graduellement de l'autonomie radicale au compromis libéral. D'un point de vue féministe radical lesbien, cela eut une conséquence désastreuse, à savoir le fusionnement ultérieur des centres féminins indépendants avec des services institutionnels patriarcaux. Par exemple, cela est arrivé en 1993 au centre d'aide aux victimes de viol (qui faisait partie du centre de santé des femmes local) en Australie du Sud qui a fusionné avec l'unité de traitement des agressions sexuelles de l'hôpital local – en dépit d'une lutte féroce de la part du collectif féministe existant.

Cela ressemble tellement à ce qui s'est passé en France et qui explique comment la deuxième vague féministe nous a à peine effleurées puisque certains ouvrages radicaux publiés à cette époque commencent lentement à être traduits et publiés. Le programme commun des femmes en 1978 prouve pourtant que le féminisme était en route. Qu'avons-nous obtenu en réalité ? L'égalité sur le papier sans l'égalité des salaires.

Page 295 de cet ouvrage, on trouve une réflexion qui évoque Virginia Woolf : « Gardons-nous d'édifier leurs facultés et leurs vieilles Sorbonnes, imaginons nos propres lieux... » Et nous continuons à mendier des places dans leurs institutions, à tenter de crever le plafond de verre, nous avons de moins en moins d'endroits où nous réunir seules qui ne dépendent pas de leur bonne volonté et de leur approbation.

Parlons de la science, qui est en partie le sujet de l'ouvrage de Renate Klein. Page 306 du Programme commun des Femmes : Femmes et science « On affecte de croire que la science est neutre : elle planerait dans un no man's land insensible aux structures de pouvoir ; elle reflèterait la vérité absolue au-dessus des luttes partisans, des privilèges de sexe, de race et de classe sociale. [...] Elle est incapable par elle-même de libérer les femmes... » On ne peut même plus le dire aujourd'hui chez les féministes sans être contestée par une partie d'entre elles. La santé, c'est « clivant » !

A-t-on créé un centre de recherche sur les femmes, créé par elles et dirigé par elles ? A-t-on vu en France des études féministes radicales ? Non, pas radicales, mais brièvement féminines et toujours supervisées par les hommes, et dès l'apparition de la théorie de genre elles sont devenues études de genre, toute honte bue !

Et enfin, page 357 de l'ouvrage cité : « L'objectif des luttes des femmes est donc clair : désarmer l'oppresser, supprimer ses privilèges. »

On est loin du compte, tant et si bien qu'actuellement, on en est à se battre pour ne pas être effacées.

C'est pourquoi je vais rendre compte de ce chapitre 4 en détail (Renate Klein m'autorise à le traduire) parce qu'il part de ce que nous sommes : notre corps. Aucune féministe ayant fait consciencieusement ses devoirs ne peut ignorer que notre corps est un enjeu important dans la domination masculine, et qu'en tirant sur ce fil, on déroule tout le reste, ou du moins on devrait. Je crois que nous ferions bien de nous le réapproprier.

Nos corps, nous-mêmes, nouvelle version⁴.

En commençant cette conférence, je veux d'emblée souligner qu'il ne faut pas voir dans les problèmes signalés dans cet essai une dénonciation ou une accusation à l'encontre de femmes ou de services de santé particuliers. Je n'ai pas non plus de boule de cristal me permettant de dire ce qui est bon et mauvais et ce que l'avenir réserve aux femmes en général et à leur santé. Je ne travaille pas dans un centre de santé pour les femmes, mais mon enseignement à Deakin University porte sur la santé des femmes et je suis souvent invitée par des associations pour parler de ma recherche sur les effets des contraceptifs et des technologies reproductives (et de l'HRT) sur la santé des femmes. C'est ainsi que je vois et entends beaucoup de choses - et certaines évolutions récentes dans la santé des femmes telle la tension entre l'autonomie et l'intégration dans les services de santé m'inquiètent beaucoup.

J'enseigne également les *Women's Studies*, et les débats qui font rage sont très semblables à ceux qui concernent la santé des femmes. Là aussi, on débat passionnément sur la « double stratégie », à savoir les programmes autonomes des *Women's Studies* constituent-ils une base de pouvoir, ou sont-ils des ghettos ? Faut-il intégrer les *Women's Studies* dans les disciplines générales en espérant ainsi les faire changer, ou bien s'agit-il là de collusion et de cooptation ? S'agit-il d'épuiser des âmes vaillantes qui dépérissent à force de donner leur temps et leur savoir, à force de répondre à un millier de questions par jour, d'éduquer et d'expliquer jusqu'à en tomber de fatigue ? Puis on les coopte ou on les fait taire, ou on les licencie parce qu'en fin de compte, une fois qu'on a exploité leur expérience et leurs connaissances, on peut les sacrifier, car elles sont trop radicales pour la culture dominante.

⁴ Essai présenté lors de la conférence intitulée « Changer la société pour la santé des femmes », 17-19 novembre 1995, Australian National University, Canberra. Renate Klein précise dans l'introduction que sa vision féministe radicale n'a pas été appréciée. « J'ai presque dû supplier mon auditoire de se souvenir du sens originel de Nos corps, nous-mêmes et aussi de se souvenir chaque jour que nous sommes nos corps... que nous n'en avons qu'un, imparfait, et que nous devons le chérir et le protéger des forces réactionnaires qui cherchent à le contrôler et à fragmenter notre autonomie corporelle. [...] C'est la dernière fois que j'ai été invitée à l'une de ces conférences. » Opus cité, page 275.

Comme dans la discussion sur la santé des femmes, dans le milieu des *Women's Studies*, on répond en général qu'« on a besoin des deux ». Alors on fait les deux : nous avons nos programmes de base – et nous tentons d'infiltrer les autres disciplines. *Mais il faut bien comprendre que ces deux stratégies ne se valent pas*. L'une, la stratégie grand public, apparaît « raisonnable » en tentant d'atteindre un public beaucoup plus large – y compris les hommes – au lieu de quelques femmes. L'autre stratégie, qui défend des programmes autonomes conçus par et pour les femmes, paraît séparatiste, réservée à ces radicales dépassées, excessives, irrationnelles – et comme on l'entend encore en 1995, « ces lesbiennes haineuses », dont bon nombre d'entre nous sommes fières de faire partie, mais pour ce qui est de haïr les hommes, qui a envie de dépenser autant d'énergie négative ? Toutefois, en ces années 1990, s'intéresser au « genre » - c'est-à-dire aux hommes aussi – est à la mode – plutôt que soutenir les activités « réservées aux femmes ».

Mais ce qui me paraît important est que les inégalités de pouvoir persistent et doivent être reconnues. On prend des risques en défendant une pratique et une théorie autonomes réservées aux femmes. Il faut également reconnaître que la perception de la réalité diffère dans la culture d'un groupe « réservé aux femmes » et d'un groupe « grand public ». C'est la conséquence de l'(hétéro)sexisme internalisé et persistant – et du racisme, du jeunisme et du validisme – des organes sociaux, même lorsqu'ils « admettent » quelques femmes dans leur saint des saints – ou plus exactement, en ces temps de rationalité économique, lorsqu'ils comprennent qu'en se concentrant sur les femmes ils visent un « marché de niche », et que c'est bon pour les finances ! Parfois ce qui motive l'intégration des femmes relève d'une exploitation encore plus poussée, car en général, les femmes sont polyvalentes et aussi douées pour résorber les gros gâchis que pour assurer la direction harmonieuse d'une affaire. Alors on nous appelle pour dépanner et installer des systèmes. Une fois que c'est fait – et qu'elle n'a pas été cooptée – la même femme devient un problème et, surtout si exige une contrepartie, on la trouve arrogante et prétentieuse.

Et surtout, dans le climat actuel où ce qui est « grand public » semble être « la » chose à faire, nous devons nous souvenir des débuts du mouvement des femmes pour la santé. *Pourquoi* ce cri passionné à la fin des années 1960 et au début des années 1970 ? *Que* demandions-nous (pour celles qui étaient déjà là à cette époque) ? Pour faire court : le mouvement des femmes pour la santé concernait l'autonomie, le véritable « empouvoirement » (avant que cela ne devienne aujourd'hui une expression à la mode utilisée par les contrôleurs de la population et même les organismes de financement) ; il concernait la dé-mécalisation, pour devenir – et demeurer – des femmes plutôt que des maladies ambulantes, et pour repousser la méthode des « experts » et de leur « pouvoir sur » - il s'agit surtout de médecins à la peau claire et d'institutions ayant les mêmes penchants. « Nos corps, nous-mêmes » était un slogan puissant.

Il s'agissait de « nous réapproprier nos corps » - c'est le titre d'un des premiers livres sur la santé des femmes publié en 1977 ; c'était un merveilleux recueil illustrant le dynamisme, la passion et l'énergie des premiers temps du mouvement des femmes pour la santé. On vit apparaître des brochures polycopiées, par exemple « Comment ne pas mettre les pieds chez le gynécologue ? », autopublication de Suzanne Gage au début des années 1970. Et Lorraine Rothman est devenue célèbre pour avoir inventé l'aspiration menstruelle⁵ (voir *Our Bodies, Ourselves*, édition 1984/1992). Hurlements des gynécologues américains ! Les médecins étaient furieux et le tout nouveau centre de santé pour les femmes de Los Angeles subit beaucoup de pression (et de procès). Tout en ayant l'air de s'inquiéter des dangers qui menaçaient la santé des femmes si elles utilisaient l'aspiration mensuelle, c'est bien entendu la perte de leur clientèle qui les inquiétait, au cas où toutes les femmes décideraient de prendre elles-mêmes leur santé en main ! [...] À cette époque, nous mettions en

⁵ L'aspiration menstruelle consistait à aspirer doucement le muqueuse utérine au début des règles (notamment dans le cas de règles abondantes et très douloureuses) et en cas de retard de règles, elle permettait de mettre fin à une grossesse non désirée à un stade précoce. C'est une procédure abortive abusivement qualifiée de chirurgicale.

œuvre une politique féministe passionnée et centrée sur les femmes, les femmes comptaient, et il était important de travailler avec les femmes. Celles qui militaient pour la santé des femmes étaient en grande partie – et sont encore – des lesbiennes, car c’est l’amour des femmes qui inspirait leur politique.

Vingt-cinq ans plus tard, nous avons appris à nos dépens – comme nombre de générations de femmes avant nous – qu’il faudra davantage de temps pour vaincre des millénaires de domination patriarcale. (De nombreuses générations de femmes devront sans doute continuer à le saper). Le fait que gouvernement australien a financé les centres de santé pour femmes basés sur des idées féministes radicales, fait de l’Australie un pays très différent d’autres pays comme les USA, le Royaume-Uni et l’Allemagne où, au début du moins, il n’y eut aucun financement public car on considérait que ces services n’étaient pas nécessaires et qu’ils constituaient un terrain propice aux féministes dangereux. [...]

Beaucoup de choses ont changé depuis les années 1970, mais il est essentiel de ne pas oublier nos origines – et nos buts. La bureaucratisation croissante de la santé féminine, la nécessité d’une planification stratégique, d’une garantie de la qualité, de l’évaluation, de la gestion des dossiers, des auto évaluations de carrière, etc. ne faisaient *pas* partie de notre rêve. Mais actuellement, il y a des moments où tout cela semble être l’essence même de la santé des femmes : politique qui programme la santé des femmes « sous serre » dans les conseils d’administration au lieu de la mettre en pratique avec elles. Je considère qu’il s’agit d’un problème excessivement sérieux, et on ne peut qu’espérer que les femmes qui évoluent dans ces milieux politiques n’oublient jamais ce qu’elles doivent à ces générations de femmes qui se sont battues avant elles et qui leur ont offert la possibilité d’occuper ces positions. C’est une énorme responsabilité : connaîtront-elles notre histoire et reconnaitront-elles la nécessité de rendre des comptes aux objectifs du mouvement pour la santé des femmes qui améliore la vie de *toutes*⁶ les femmes, surtout celles dont la vie est particulièrement injuste à cause du racisme, de la xénophobie, du validisme et de l’homophobie.

Parce qu’il est nécessaire d’adopter une stratégie mixte pour obtenir des financements pour le programme national de santé des femmes, on encourage une coopération accrue entre les centres de santé des femmes et le corps médical. Si je crois que nous – les femmes et les médecins – pouvons peut-être bénéficier d’une coopération avec des généralistes femmes, je pense que la coopération croissante avec le corps médical a entraîné une médicalisation des services de santé pour les femmes eux-mêmes.

Le dépistage est un cas d’espèce, en particulier le dépistage du cancer du sein. Vous êtes nombreuses à avoir entendu parler de ce qui est arrivé à Leonie Short [députée australienne] lorsqu’elle a demandé pourquoi il soutenait le financement d’une unité mobile de dépistage du cancer du sein à un membre du Rotary qui vendait des billets de tombola à Annadale qui lui a répondu : « Les femmes sont trop bêtes, trop bêtes, vraiment trop bêtes – voilà pourquoi elles ont besoin d’une mammographie » (Short 1995). Si des attitudes aussi grossières sont l’exception plutôt que la règle, les programmes de dépistage provoquent de nombreuses plaintes. Les femmes sont pratiquement raflées et mises dans des bus, on ne leur explique ni la technique ni les résultats et en raison des nombreux résultats faussement positifs, elles doivent vivre avec la peur du cancer pendant des jours et des semaines, ce qui *ne contribue certainement pas* à leur bonne santé et à leur bien-être. En outre, et c’est un point essentiel, le dépistage n’est *ni un soin ni de la prévention*. Et pourtant, le Commonwealth investit massivement dans ces programmes de dépistage. Quel service de santé pouvait se permettre de se passer de ces fonds alors que leur montant excédait leur budget annuel ? Je pense que cela constitue un problème grave, car on a de l’argent pour une technologie discutable

⁶ Il va sans dire, mais mieux en le disant ces temps-ci, *toutes* ici n’inclut pas les hommes qui se prétendent femmes. De même homophobie signifie ici la haine de ceux qui sont attirés par les personnes de même *sexe*.

entièrement contrôlée par ceux qui la fournissent et susceptible de créer davantage de problèmes qu'elle ne peut en résoudre, mais on a de moins en moins d'argent pour permettre à des groupes d'entraide qui aident les femmes à explorer leur corps et à acquérir les compétences de base pour s'occuper de leur santé, y compris l'auto examen des seins.

Mais mes soupçons s'accroissent encore lorsque je constate que les praticiennes de la santé des femmes collaborent de plus en plus avec les spécialistes des domaines de l'obstétrique et de la gynécologie. Il y a peu de chances que ces spécialistes se transforment en princes charmants respectueux des besoins féminins en soins de santé autonomes, surtout ceux des femmes qui sont « différentes », c'est-à-dire les femmes indigènes, celles qui ne parlent pas anglais et les femmes et les lesbiennes de toutes ces catégories. Diana Scully, une sociologue américaine qui a republié en 1994 son étude de 1980 *Men who control women's health : the miseducation of obstetrician-gynecologist*⁷ est elle aussi sceptique. Elle pose la question suivante (p. xxiii) : « Les hommes contrôlent-ils encore la santé des femmes ? Qu'en est-il du mouvement naissant des femmes pour la santé dont je prédisais avec optimisme la capacité à contester l'autorité médicale grâce à la redistribution du savoir, déplaçant ainsi le pouvoir et le contrôle chez les consommateurs ? » Scully poursuit et dit qu'à l'exception de quelques femmes qui « ont réussi », le système médical, y compris la connaissance et la technologie, reste aux mains des hommes. Car, comme elle le dit : « D'une manière au moins, les femmes ont perdu du terrain. Il y a vingt ans, les hommes contrôlaient l'accouchement et les soins de santé des femmes, mais aujourd'hui, grâce aux technologies reproductives, ils contrôlent jusqu'à la conception. »

Remarque très lucide, car l'exploit technologique qui transforme les femmes en pièces détachées pour les recombinaison à volonté – l'œuf d'une femme, l'utérus d'une autre – avec finalement un taux d'échec de 85 à 90 % des prétendus programmes de reproduction « assistée », et avec de plus en plus d'effets secondaires attestés des traitements pour la fertilité – a ouvert la voie à une tendance croissante qui consiste à considérer les femmes comme des pièces détachées. On ne considère pas ces fragments – seins, cols utérins, utérus, cœurs – comme contribuant solidairement et interactivement à l'être femme : son corps/elle-même/son âme/son esprit. On les considère comme les pièces d'une machine qu'on peut manipuler individuellement et dont chacune d'elles peut être réparée par un expert différent. Le remède est une « solution miracle » du berceau à la tombe, à savoir des cachets, des patches, des piqûres, des implants, et la toute dernière : un vaccin « anti-grossesse » qui pousse le propre système immunitaire d'une femme à produire des anticorps contre son embryon en développement⁸. En voici quelques exemples :

- Une jeune femme a des règles irrégulières, on lui prescrit la pilule ;
- Une femme souffre d'un syndrome prémenstruel : toujours des pilules ;
- Une femme est enceinte et fait un dépistage prénatal pour avoir un enfant parfait ;
- Une femme n'arrive pas à être enceinte ; on induit chimiquement la ménopause et on la « relance » avec des hormones de fertilité ;
- Une femme semble avoir un risque de cancer du sein, on lui prescrit du tamoxifène [anti-œstrogène qui empêche la stimulation des cellules cancéreuses] et/ou elle subit une ablation des seins ;
- Une femme a besoin d'un avortement, RU 486 et de la prostaglandine sont les « choix » dont disposent les femmes, ou pire encore, un médicament anti cancer très puissant (méthotrexate) allié à la prostaglandine, adopté par le Planning familial australien [...] de même que le depo-provera (contraceptif longue durée injectable) contre lequel les femmes se battent depuis des années ;

⁷ Traduction de ce titre : Ces hommes qui contrôlent la santé des femmes : la formation erronée des obstétriciens-gynécologues.

⁸ Laurel Guymier « Vaccination Against Pregnancy : A New Contraceptive "Choice" for Women or a Tool for Population Control? » FINRRAGE Newsletter, November 1995, pp. 2-3.

- Et pour terminer ma liste incomplète de pilules miracles, dès qu'une femme s'approche de la cinquantaine, entre le séduisant HRT qui promet de guérir notre « maladie de déficience endocrinienne liée au sexe féminin », c'est-à-dire la ménopause en novlangue médicale. Un slogan britannique dans une publicité de 1994 pour un œstrogène proclamait fièrement : « toute l'essence d'une femme dans un cachet ».

Question : qui peut croire sérieusement qu'une alliance entre les centres de santé pour les femmes et les médecins qui encouragent ce genre d'aliénation de soi chez les femmes, ainsi qu'une possibilité réelle de tomber malade à cause de ces traitements, reformera leurs pratiques ? Il serait plus réaliste de dire que nous pourrions y gagner de petites avancées, par exemple un recours plus fréquent au « consentement éclairé », une meilleure information sur les procédures et leurs résultats escomptés. Mais on pourrait cyniquement affirmer que cela ne sert qu'à transformer les femmes en patientes plus dociles au lieu de les pousser à se révolter et à jeter le HRT à la poubelle, comme le font nombre d'entre elles.

Actuellement, les centres de santé pour femmes donnent des informations sur *tous les aspects* des traitements tels l'HRT et la RU486, y compris les évaluations *négatives* que je viens de citer. À en juger d'après certains gynécologues qui coopèrent de plus en plus avec les chercheuses des centres de santé des femmes, je doute que ce genre d'informations « fâcheuses » soient disponibles dans une situation de coopération grand public. Chez certains de ces éminents personnages, il n'y a pas trace de la moindre sympathie pour le féminisme ; en fait, ils se sont aperçus qu'en cooptant des femmes bien dont ils peuvent apprendre un minimum de compétences sociales, le nombre de leurs patientes augmente.

La nécessité d'avoir l'air « sympa », de suivre le mouvement, comme le souhaitent les économistes, d'unir ses forces au courant dominant, entraîne des changements importants dans certains services. On écarte progressivement des femmes qui y travaillent depuis longtemps – ou leurs exaspération les pousse à partir – et la nouvelle embauchée ne connaît pas grand-chose à l'histoire du mouvement des femmes pour la santé. [...] Il est passé de mode de valider l'expérience des femmes en tant que soignantes. Ce qui est en phase avec l'époque est le nouveau (vieux) modèle de hiérarchies avec ceux qui dirigent et savent, et celles qui désormais, outre le travail qu'elles font pour les femmes dans les services de soutien, sombrent dans le brouillard administratif en essayant de satisfaire les exigences administratives de la direction, qui a elle-même au-dessus d'elle un bureaucrate dirigé par un autre bureaucrate, et ainsi de suite.

Je ne crois pas avoir besoin d'une boule de cristal pour voir où tout cela peut nous mener. Je pense que les services de santé des femmes risquent de fermer si ces tendances s'affirment davantage, car il n'y aura plus de femmes assez motivées pour faire le travail de base dont l'efficacité n'est même pas quantifiable. Mais parce que la fin des centres autonomes de santé pour les femmes est la dernière chose que je souhaite, je suggère qu'il est très important de réfléchir *sérieusement* à l'importance des centres de santé autonomes dirigés par des femmes pour les femmes – et à terme pour *toutes* les femmes. Je crois que cela exige un engagement qui ne se bornerait pas à déclarer que, « bien-sûr, nous voulons des centres de santé pour les femmes » avant de poursuivre dans le même souffle qu'il faut les réformer en s'alliant à la médecine dominante. Je suggère :

- Cet engagement doit être ouvertement *politique* et doit être basé sur une bonne compréhension des disparités de pouvoir entre les femmes et les hommes et les groupes sexuels et sociaux ethniques.
- Cet engagement doit être subversif : prenons l'argent des bus de dépistage pour mettre en contact des femmes isolées et, pourquoi pas, pour reconstituer des groupes de conscientisation et retrouver la colère qui être si salutaire.
- N'oublions pas la définition de la santé basée sur le bien-être du corps/esprit/âme, sans violence sous toutes ses formes et sans injustice sociale.

- Un nouveau danger menace le mouvement pour la santé des femmes et l'infiltrer insidieusement : les financements substantiels fournis pas des établissements chargés du contrôle des populations (par exemple la Banque Mondiale et le fonds d'action en matière de population des Nations Unies) qui décide des politiques du mouvement pour la santé des femmes. Une fois de plus, les femmes et leur fertilité sont rendues responsables de tout, de la surpopulation à la dégradation de l'environnement, et dans la rhétorique de « l'empouvoirement », des « droits reproductifs » et du « choix », les femmes sont soumises à de plus en plus de contraceptifs de longue durée (Norplant, depo-provera et bientôt, le vaccin immunologique anti-grossesse qui considère la grossesse comme une maladie).

Afin d'éviter des issues aussi misogynes, racistes et homophobes, il nous faut un mouvement de femmes pour la santé fort [...] je suggère que nous devons nous aimer nous-mêmes, aimer nos corps et les autres femmes ; nous devons privilégier les valeurs de la coopération horizontale plutôt que les hiérarchies verticales (sans retomber dans la tyrannie de l'absence de structures). Je suggère que nous repensions la santé autonome des femmes et réaffirmions notre engagement envers les femmes car, en nous rassemblant tout en respectant notre diversité, nous pourrions être (presque) invincibles. Diviser pour conquérir est depuis toujours la stratégie du patriarcat, il nous faut donc être politiques et ne pas sous-estimer la peur de ceux qui détiennent le pouvoir et leur détermination à s'accrocher à leurs privilèges. Les femmes qui continueront à réformer le courant dominant – car comme je l'ai déjà dit, cette double stratégie est importante et doit perdurer – ont la responsabilité de respecter les réussites, les luttes, la résistance du mouvement des femmes pour la santé des 25 dernières années.

Celles qui continueront à investir leur amour et leur énergie dans des projets autonomes centrés sur les femmes doivent s'assurer qu'elles ont – ou deviennent – un véritable support politique et qu'elles envisagent les soins de santé pour qu'ils concernent le bien-être des femmes dans toute leur diversité. Parce que je suis une éternelle optimiste, je crois en ces jeunes femmes issues des milieux indigènes, non anglophones, des lesbiennes et des handicapées qui sont animées par la passion et qui poursuivrons notre révolution à leur manière pour la faire leur.

Les quatre essais qui suivront relatent l'histoire de nos renoncements. L'idéologie transgenre aurait-elle eu autant de prise si nous nous étions réapproprié nos corps ? Sur le sujet de la santé, nous sommes plus divisées que jamais, principalement par nos contradictions. Ces essais ont aussi l'avantage de nous montrer toutes les facettes du patriarcat médical tel qu'il se déploie partout dans le monde, le prétendu progrès des unes faisant le malheur des autres.

