

LA SANTÉ DES FEMMES, UN MONDE SOUS INFLUENCE

Bilan d'une démarche de réflexion et de formation collective sur la
conjoncture actuelle et ses enjeux pour la santé des femmes

RÉSEAU QUÉBÉCOIS
D'ACTION
POUR LA SANTÉ
DES FEMMES



Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

Mars 2002

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) tient à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette démarche, que ce soit au niveau de la réflexion, de la rédaction ou du support technique, etc.

Cette démarche a été réalisée avec l'appui financier du programme de contribution des centres d'excellence pour la santé des femmes, du Bureau de la santé des femmes de Santé Canada.

Les points de vue exprimés dans ce document ne représentent pas nécessairement la politique officielle de Santé Canada.

LA SANTÉ DES FEMMES, UN MONDE SOUS INFLUENCE

TABLE DES MATIÈRES

LE RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES

• INTRODUCTION

1.1	LE BESOIN DE COMPRENDRE NOTRE ENVIRONNEMENT	5
1.2.	PORTRAIT DE LA SITUATION <i>Politiques sociales et politiques de santé</i> <i>Enjeux émergents en santé des femmes</i> <i>Impact des transformations sur les pratiques des groupes</i> <i>Enjeux émergents liés au financement des groupes de femmes</i>	6
2.	ÉCHANGE DE POINTS DE VUE	
2.1	Constats, sens et défis pour le Mouvement en santé des femmes <i>(Marcelle Dubé)</i>	14
2.2	QUELQUES ENJEUX ÉMERGENTS EN SANTÉ DES FEMMES <i>(Lise Lamontagne)</i>	22
2.3	PRATIQUES COMMUNAUTAIRES À LA CROISÉE DES CHEMINS <i>(Danielle Fournier)</i>	29
2.4	CONSTATS DES PARTICIPANTES <i>(cibles d'action prioritaires face aux politiques gouvernementales et nouveaux enjeux pour la santé des femmes, en lien avec la conjoncture actuelle)</i>	34
3.	CONCLUSION	38
	ANNEXE A : BIBLIOGRAPHIE COLLECTIVE	40
	ANNEXE B : PRÉSENTATION DES PERSONNES RESSOURCES	42

LE RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) est issu du Regroupement des centres de santé des femmes du Québec. C'est un organisme provincial multidisciplinaire dont la mission est de travailler à l'amélioration de la santé physique et mentale des femmes ainsi que de leurs conditions de vie. Son siège social est situé à Montréal, l'organisme regroupe plus d'une centaine de membres associatifs et une cinquantaine de membres individuels.

Les grands secteurs d'activité du RQASF sont la recherche, l'éducation et l'information dans une perspective féministe qui reconnaît le savoir basé sur l'expérience des femmes. Le RQASF est intéressé par l'impact, sur la santé des femmes, des nombreux changements sociaux et économiques qui s'opèrent actuellement. Il est préoccupé également par le fait que le système de santé tarde toujours à s'adapter aux besoins spécifiques des femmes, ce qui a comme principales conséquences : une surmédicalisation des étapes de la vie (traitements multiples, souvent inutiles et parfois dangereux) ; une déshumanisation des soins ; un manque flagrant d'information critique à l'égard des médicaments et des traitements.

Le RQASF traite actuellement plusieurs dossiers importants de front. Sur le plan des dossiers thématiques, ses priorités sont l'adaptation des services sociaux et des services de santé aux besoins spécifiques des lesbiennes ; le cancer du sein, plus particulièrement en ce qui a trait aux besoins des femmes qui sont en attente de diagnostic suite à un résultat anormal de leur mammographie ; l'image corporelle et la ménopause. Sur le plan politique, l'organisme mène actuellement une recherche sur les façons dont s'exerce le pouvoir d'influence des femmes qui s'impliquent auprès des régies régionales de la santé et des services sociaux.

Le RQASF produit différentes publications, dont le *Sans préjudice... pour la santé des femmes*, un périodique qui paraît trois fois par année. Enfin, son site Internet qui permet d'en savoir davantage sur l'ensemble de ses activités, de prendre connaissance de la liste de ses publications et même d'en consulter plusieurs en ligne directement.

Préoccupé par la mondialisation, les phénomènes internationaux et leurs impacts sur la santé des femmes au Québec, et soucieux de créer des liens avec des femmes d'ailleurs portant des préoccupations similaires, le RQASF participe activement à l'organisation de la 9^e Rencontre internationale sur les femmes et la santé. De façon plus spécifique, le RQASF est responsable de l'organisation du volet francophone de la Rencontre internationale qui aura lieu en août 2002 à Toronto.

1. INTRODUCTION

1.1. LE BESOIN DE COMPRENDRE NOTRE ENVIRONNEMENT

La conjoncture, avec ses différentes composantes sociales, politiques, économiques, communautaires, culturelles et autres, a une influence significative sur la santé des femmes. Par le fait même, les pratiques des groupes de femmes travaillant dans le domaine de la santé des femmes sont grandement affectées par cet environnement, notamment leur planification, la programmation de leurs activités, leur financement et leur structure organisationnelle.

Compte tenu des enjeux actuels, à l'instar de bon nombre de groupes, le RQASF trouve essentiel d'alimenter et d'approfondir sa réflexion en regard de cet environnement.

En réponse à ce besoin, le RQASF a proposé une démarche de formation collective avec les objectifs suivants :

- fournir de l'information aux groupes qui travaillent en santé des femmes ;
- identifier des cibles d'action pour les groupes qui veulent influencer les politiques en matière de santé des femmes ;
- améliorer la compréhension des groupes de femmes quant à leur mandat en matière d'influence politique ;
- améliorer la compréhension des enjeux dont les groupes doivent tenir compte lorsqu'il est question de leurs grandes orientations et de leurs priorités ;
- renforcer les liens entre les groupes.

Un processus à volets multiples a été retenu pour l'atteinte de ces objectifs :

- lecture, consultation et discussion avec les membres et l'équipe du RQASF pour le choix des thèmes à développer prioritairement ;
- choix de trois thèmes : enjeux émergents en santé des femmes ; politiques sociales et politiques de santé ; impact des transformations sur les pratiques des groupes ;
- préparation d'un portrait de situation, un énoncé de la problématique qui soulève différentes questions susceptibles de favoriser la réflexion et susciter la discussion ;
- organisation et tenue d'une journée de formation pour promouvoir l'échange et les apprentissages sur les trois thèmes retenus.

La recherche documentaire en lien avec les thèmes retenus a permis d'entamer des échanges et des consultations préliminaires avec des personnes clés au sein de l'équipe du RQASF, de son conseil d'administration et chez différents groupes de femmes. Ces échanges, tout comme les différentes lectures, ont aidé à cerner les éléments cruciaux de la problématique.

L'organisation et la tenue de la journée de formation étaient au cœur de ce projet collectif. Pour le RQASF, des exposés par des personnes clés et des échanges entre intervenantes dans le domaine de la santé des femmes permettent la circulation d'informations et d'idées, favorisant ainsi les apprentissages.

La journée de formation s'est tenue à Montréal et s'adressait aux intervenantes en santé des femmes représentant divers groupes et milieux de travail. Trois personnes-ressources ont présenté des résultats de recherche, des idées et soulevé des questionnements pour faciliter la discussion et le processus éducatif. Chacune des présentations était suivie d'une période de questions et de discussion. En après-midi, les participantes se sont divisées en trois groupes dans le but de donner davantage de place à la participation de toutes. Chaque groupe a discuté des trois questions soulevées dans l'énoncé de la problématique. Par la suite, réunis en plénière, les groupes ont présenté leurs conclusions et constats. Après quoi, s'est tenue une discussion dans le but d'en arriver à des cibles d'action en lien avec les trois thèmes de la journée.

Le niveau d'appréciation de la journée de formation a été jaugé par l'entremise d'un questionnaire anonyme qui contenait quinze questions. Seize participantes sur vingt-quatre ont répondu au questionnaire.

1.2. PORTRAIT DE LA SITUATION

Politiques sociales et politiques de santé

Au fil des ans, le Mouvement pour la santé des femmes a fait appel au gouvernement pour qu'il développe des orientations, politiques et programmes adaptés aux besoins des femmes. Dans plusieurs cas, ces revendications ont mené à l'adoption de lois ou à la mise sur pied de programmes en matière de santé des femmes. Toutefois, des préoccupations demeurent à l'égard de ces lois et de ces programmes.

La décentralisation du pouvoir décisionnel en matière de santé et de services sociaux a découlé de la régionalisation au Québec, processus qui a contribué à augmenter les disparités entre les régions dans le traitement du dossier de la condition féminine et de la santé des femmes au sein des régions régionales. Les compressions budgétaires se poursuivent dans le domaine de la santé et des services sociaux, entraînant des

conséquences fâcheuses au niveau des services de première ligne en raison d'un soi-disant manque de ressources financières du gouvernement.

Parallèlement à cela, certains effets de la mondialisation sur l'organisation des services se font sentir. La Commission Clair, l'augmentation de la tarification de certains services et la sous-traitance d'autres services anciennement offerts par l'État à des entreprises d'économie sociale, témoignent du virage vers un rôle accru du secteur privé dans la santé au Québec.

Enjeux émergents en santé des femmes

Les différents éléments de l'environnement ayant un impact sur la santé des personnes sont ce qu'on appelle les déterminants de la santé. Selon Santé Canada, ces déterminants sont au nombre de douze :

- le revenu et la situation sociale,
- l'emploi,
- la scolarité,
- l'environnement social,
- l'environnement physique,
- le développement sain de l'enfant,
- les pratiques personnelles liées à la santé et la capacité d'adaptation,
- les services de santé,
- les réseaux de soutien social,
- la constitution biologique et le patrimoine génétique,
- les différences sociales entre hommes et femmes,
- la culture.

D'autres typologies reflètent plutôt une volonté d'attribuer une responsabilité première aux facteurs sociaux et environnementaux dans l'évaluation de l'état de santé des femmes, par opposition aux modèles gouvernementaux qui accordent un poids à peu près égal aux facteurs personnels et socio-politico-environnementaux. Par exemple, le Centre des femmes de Laval regroupe les déterminants de la santé dans quatre grandes catégories :

- l'individu (sexe, âge, origine ethnique, potentiel génétique) ;

- le mode de vie (travail, activités physiques, attitudes générales face à la prévention, habitudes alimentaires, stress, tabac, drogues, relations interpersonnelles, activités quotidiennes, locomotion, sommeil, loisirs) ;
- l'environnement (air, eau, espace, logement, lieux de pouvoir, ressources du milieu, valeurs, normes, socialisation/marginalisation, culture, géographie, scolarité, réseau social) ;
- le politique (politiques gouvernementales, changements organisationnels, développement communautaire, écologie, action politique, mesures fiscales et légales, éducation sanitaire, média, marketing social).

Quels sont les nouveaux enjeux pour les femmes en lien avec ces différents déterminants de la santé ?

- L'accès à des services de santé adaptés continue d'être un enjeu important pour les femmes. Le développement des médicaments et des technologies qui se fait sans lien avec les besoins des femmes, la non-reconnaissance et le non-encadrement des médecines alternatives de même que l'accessibilité à des sages-femmes, à des maisons de naissance et à l'accouchement à domicile sont des enjeux de taille.
- Les femmes vivent plus longtemps, mais vivent également plus seules avec un faible réseau de soutien social. Quel en est l'impact sur la santé ? Qui prendra soin des femmes vieillissantes ? Comment ?
- La préservation et la promotion de la santé des femmes passent non seulement par les soins de santé mais aussi par les facteurs environnementaux de protection. L'environnement à protéger inclut l'environnement naturel (contrer la pollution, garantir l'accès à l'eau, assurer la sécurité alimentaire) et les milieux de vie et de travail (contre la violence, assurer la conciliation travail/famille). Les femmes ont été de toutes les luttes pour protéger l'environnement ; quelles seront les prochaines luttes ?
- Les médias de masse et les technologies de l'information occupent une place importante dans la transmission non seulement d'informations, mais également de valeurs en matière de santé et, ce faisant, affectent eux-mêmes l'état de santé de la population. Comment ce développement peut-il permettre aux femmes de connaître, de comprendre et de choisir librement les moyens de résoudre leurs problèmes de santé et de rétablir leur confiance dans leurs propres capacités et compétences ?

Ces enjeux, et bien d'autres, interpellent les groupes de femmes dans leurs actions pour l'amélioration de la santé des femmes.

Impact des transformations sur les pratiques des groupes

Les groupes de femmes participent activement aux différentes expériences de partenariat et de concertation, d'une part à cause des valeurs de solidarité et de partage des expertises en faveur des femmes mais, d'autre part, les groupes y sont contraints par les bailleurs de fonds qui obligent souvent au partenariat. Tout comme d'autres groupes communautaires, les groupes de femmes ont revendiqué la reconnaissance formelle de la place du milieu communautaire dans l'espace québécois. Cette revendication a contribué à ce que soit adoptée la politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire. Toutefois, cette politique répond-elle vraiment aux besoins du Mouvement des femmes ?

D'autres lois ont été adoptées ou le seront sous peu, ayant des impacts significatifs sur la vie des groupes de femmes et la santé des femmes en tant que telle. Notamment, la législation québécoise sur la gouverne a restreint le pouvoir décisionnel des citoyennes et des citoyens ainsi que la place du milieu communautaire au sein des régies régionales de la santé et des services sociaux. Quelles seront les conséquences d'une loi éventuelle sur le lobbying au Québec, particulièrement en ce qui concerne les regroupements et autres groupes qui ont souvent comme mandat premier la défense des droits des femmes ?

Ces nombreux enjeux peuvent avoir des conséquences néfastes sur les groupes de femmes et les organismes communautaires qui ont comme valeur de base l'appropriation du pouvoir par les populations marginalisées. L'objectif de ces groupes étant de répondre aux besoins identifiés par la communauté, l'autonomie des groupes peut se trouver affectée par ces réalités conjoncturelles.

De plus, la précarité financière des organismes joue un rôle déterminant, le financement et sa diversification étant un enjeu majeur. Par ailleurs, les groupes de femmes sont confrontés à la complexité grandissante des problématiques rencontrées, le phénomène du dumping par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, et la conception utilitariste des organismes communautaires de la part des établissements, selon lesquels les premiers doivent agir « en complémentarité » aux programmes formels. De plus, les groupes vivent les tensions inhérentes entre l'urgence de fournir des services aux personnes tout en réalisant des actions collectives pour changer les choses à moyen et à long termes.

Enfin, la participation et la prise de décision démocratique au sein des organismes, c'est-à-dire le défi des relations égalitaires entre les membres, les travailleuses et les participantes, valeur tant prisée par les groupes de femmes, se trouvent remises en question dans les pratiques. De quelle façon favorise-t-on la participation réelle des femmes aux différentes instances les concernant et les représentant ?

Repérer les phénomènes qui ont un impact sur l'action et la vie des groupes de femmes en santé amène à en comprendre les enjeux essentiels. Par la suite, les groupes peuvent en tenir compte, lors du renouvellement de leur planification, de l'identification de leurs priorités, de la compréhension de leur dynamique propre et de l'analyse critique de leurs pratiques.

En ce début de troisième millénaire, la société québécoise est en grande mouvance. Des transformations s'opèrent au niveau des scènes socio-politiques et économiques québécoise et canadienne dans le sens d'un virage vers la droite, d'une responsabilisation accrue des individus et familles au détriment de la responsabilité de l'État et de la privatisation de nombreux services gouvernementaux. Cette réalité entraîne des impacts, souvent négatifs, pour la santé des femmes. Les groupes en santé des femmes ressentent le besoin d'identifier clairement ces enjeux émergents dans le but de mieux intervenir.

Le système de santé et de services sociaux subit des transformations dans ce contexte, pensons notamment aux recommandations et aux suites de la Commission Clair. Le ministère de la Santé et des Services sociaux est à mettre à jour la Politique de la santé et du bien-être, publiée en 1992, et les groupes en santé des femmes souhaitent être parties prenantes de ce processus afin qu'il aboutisse à une nouvelle politique qui tienne réellement compte des besoins et attentes des Québécoises, eu égard à leur santé. Dans ce sens, les groupes souhaitent obtenir des informations éclairées au sujet des différentes politiques sociales et politiques de santé en vigueur et à venir, dans le but d'identifier les priorités d'action des gouvernements et l'articulation des programmes en matière de santé des femmes.

À leur tour, les organismes communautaires, dont les groupes de femmes, se préoccupent des impacts des transformations du système de santé et de services sociaux sur leurs pratiques. Les groupes font de leur mieux pour survivre tout en tâchant de dessiner une voie d'avenir vers une société plus juste et égalitaire pour les Québécoises et les Québécois.

Dans le cadre de ces questionnements, les groupes en santé des femmes ont ressenti le besoin de faire le point sur ce sujet, de se former afin de se mettre au diapason de l'actualité, de se mettre à jour dans les connaissances socio-politiques et sanitaires et de s'outiller dans le but de se soutenir dans la préparation des planifications stratégiques et des pistes d'avenir pour le Mouvement pour la santé des femmes.

Enjeux émergents liés au financement des groupes de femmes

La régionalisation des services de santé et sociaux au Québec a apporté plusieurs bouleversements pour les organismes communautaires, notamment pour les regroupements provinciaux. Entre autres, en décentralisant le pouvoir vers les régions régionales, donc en favorisant l'approche locale, la régionalisation allait modifier les rapports entre les regroupements et les groupes locaux. L'obligation du partenariat, exigeant un investissement majeur de la part des groupes au niveau local, allait apporter une pression supplémentaire à la consolidation du mouvement communautaire et au mandat des différents regroupements et réseaux provinciaux.

De plus, dévoilée en 1992, la Politique de la santé et du bien-être allait fixer les priorités du système de santé et des services sociaux autour de 19 problèmes socio-sanitaires spécifiques, nonobstant les champs d'intervention des groupes communautaires et des besoins immédiats de leurs participantes. Bref, la régionalisation allait fragiliser ou modifier considérablement les repères pour le financement des groupes, qui doivent dorénavant s'inscrire dans la logique de la gestion par programme. Par le fait même, plusieurs de ces organismes ne peuvent plus répondre à l'ensemble des besoins légitimes des femmes ; des besoins souvent même pressants, mais « hors programmes ».¹

Il est certainement souhaitable que les organismes communautaires ne soient pas totalement dépendants des fonds publics. D'une part, les fonds obtenus par des bailleurs de fonds privés favorisent l'autonomie des groupes. D'autre part, il en va d'une responsabilité collective, appartenant à l'ensemble des secteurs, privé et institutionnel, tout comme à l'ensemble des citoyens et des citoyennes, de supporter les organismes communautaires qui viennent en aide aux personnes les plus démunies et les plus marginalisées de la société.

Bien des organismes sont disposés à prendre leur part de responsabilités pour le développement de ses ressources financières et, ils le font déjà dans la mesure de ses habiletés. Toutefois, dans un contexte de mondialisation où la communication et les médias occupent une place centrale, le choix de diversifier ses sources de financement s'avère un processus complexe pouvant même impliquer un changement de son fonctionnement, de sa structure ou de sa culture organisationnelle. Un travail de réflexion et de recherche préalable a permis d'identifier certains facteurs dont les organismes doivent absolument tenir compte lorsqu'ils pensent à diversifier leurs sources de financement.

¹ Par « hors programmes », nous entendons des initiatives qui répondent aux besoins de la base et qui ne s'inscrivent dans aucun des programmes de subventions disponibles axés vers les priorités gouvernementales en matière de santé.

La conjoncture sociale

Parallèlement au désengagement de l'État, on assiste depuis les dernières années à une sur-sollicitation du public suite à l'exposition médiatique de la misère humaine à travers le monde, sous toutes ses formes. Certains documents parlent même de ce qu'on pourrait qualifier de fatigue de la compassion. Le public demeure généreux, mais étant plus sollicité, il est par conséquent plus exigeant ou plus sélectif quant à ses dons.

La compétition, ou l'écart entre les moyens de compétition, est une autre donnée importante du dossier. En effet, en comparaison du secteur communautaire, de grandes institutions telles les universités, les hôpitaux et les associations de recherche en matière de santé ont à leur disposition des moyens démesurés, des techniques sophistiquées et des contacts privilégiés leur permettant de recueillir des sommes faramineuses - pendant que les groupes grappillent de-ci de-là, au prix d'énergies qui peuvent jusqu'à compromettre leurs activités courantes.

Le défi spécifique des organismes multidisciplinaires

Plusieurs groupes de femmes s'intéressent à la santé globale et non à une maladie en particulier. Or, de façon générale, les entreprises et le grand public préfèrent s'associer à « une cause » populaire. Par exemple, il est évident que de défendre l'adaptation des services sociaux et de santé aux besoins des lesbiennes ne frappe pas l'imaginaire populaire. Il s'avère cependant que les lesbiennes sont les femmes qui utilisent le moins les services de prévention en santé, qu'elles sont celles qui participent le moins aux différents programmes de dépistage . . . et c'est chez elles que nous retrouvons le plus haut taux de cancer du sein, faute de diagnostic précoce².

Un organisme multidisciplinaire ne peut donc identifier UN public cible. Par contre, en raison des changements déjà énoncés, bon nombre d'organismes communautaires s'adressent aujourd'hui à UNE problématique sociale en particulier et sont souvent appuyés par un lobby important, comme dans le cas du sida par exemple, ce qui n'est pas sans créer une forme de compétition entre ressources.

La conjoncture actuelle contribue de façon importante à un autre phénomène social qu'on soulève plus rarement et qui renforce l'approche par problématique et, par conséquent, le financement par problématique sociale. Ainsi, propre à une société moderne en mutation, nous traversons une période de confusion sur le plan de nos repères sociaux. En même temps, la population se trouve soumise au diktat de l'approche sociale par problématique et submergée par le discours de la mondialisation où priment les intérêts économiques.

² Réflexion sur les difficultés psycho-émotives que peuvent éprouver les femmes en attente de diagnostic (Hélène Jolin). Montréal : Étude réalisée pour le RQASF, 2001.

Dans ce contexte, les individus sont de plus en plus amenés à s'identifier par ce qui les distingue ou ce qui les marginalise. La problématique sociale que vit ou que subit un individu lui confère aujourd'hui son identité première, puisque c'est la seule façon d'obtenir une écoute à sa souffrance ou l'acceptation de sa différence, tant de la part de l'État que de la part des médias. Par conséquent, le public est particulièrement sensibilisé aux problématiques spécifiques et, dans cette même logique, il est normal qu'il se montre particulièrement sensible aux problématiques auxquelles il peut lui-même s'identifier.

Cette crise identitaire n'est pas sans causer une difficulté additionnelle pour des organismes qui défendent l'approche globale et qui œuvrent à la consolidation d'un mouvement, alors que sur le plan sociétal l'ensemble de la conjoncture favorise la dislocation du tissu communautaire en une multitude de ghettos.

L'imputabilité

Les groupes de femmes veulent éviter que la recherche de fonds supplante sa mission éducative. C'est là un point non négociable pour la grande majorité des groupes. Or, diverses expériences antérieures, autant que le témoignage de plusieurs groupes, ont permis de constater que bons nombres d'activités liées au financement prennent un temps et une énergie démesurés en regard des résultats financiers obtenus. Ce temps, ces énergies et les compétences ne devraient-ils pas être consacrés à la réalisation de leur mission ?

2. ÉCHANGE DE POINTS DE VUE

2.1 CONSTATS, SENS ET DÉFIS POUR LE MOUVEMENT EN SANTÉ DES FEMMES

personne-ressource : Marcelle Dubé

Les quelques idées et questions abordées dans ce qui suit ne représentent qu'une frange des multiples aspects à considérer pour mieux comprendre ce que les groupes de femmes vivent aujourd'hui, sur le territoire des mouvements sociaux québécois. Ces thèmes ont été développés dans des travaux menés à la fois dans le cadre d'études, de projets de formation et de projets de recherche et font principalement ressortir le rapport des groupes de femmes au politique.

Cet exposé se propose d'ouvrir différentes fenêtres pour regarder l'horizon et les changements de paysage qui se sont opérés et qui s'opèrent au Québec. L'observation se fera sous trois angles : les constats, le sens et les défis qui se dessinent pour le Mouvement en santé des femmes et les groupes qui le constituent.

Les constats

Il est important de faire d'abord un état de situation et de tracer un portrait, même s'il n'est pas exhaustif, des pratiques des groupes qui forment le Mouvement des femmes ici au Québec. Les constats illustrent comment, depuis les dix dernières années, les pratiques ont été marquées et teintées à la fois par les quatre éléments suivants : les lieux, les modes d'organisation, les savoirs développés, le rapport des groupes au politique (le, la, les politiques).

Les lieux

Les pratiques sont ancrées dans un territoire, qu'il soit local, sous-régional, régional ou national. Les groupes de femmes posent désormais un regard mondial et planétaire sur leurs dossiers. Les groupes s'identifient également à la nomenclature administrative de leur région au Québec, (régions 01 à 17).

De plus, les pratiques élisent résidence au sein de multiples structures telles que, par exemple, les tables locales ou tables de quartier, les tables régionales ou provinciales, les groupes de femmes, les tables sectorielles ou intersectorielles et les coalitions. Les pratiques se retrouvent au sein des comités aviseurs, des conseils d'administration des régies régionales, des conseils régionaux de développement et des conseils locaux de développement. Sans être exhaustif, cela démontre comment les lieux se déploient au niveau des structures et des territoires.

Les modes d'organisation

Depuis les dernières années, de nouveaux modes d'organisation ont installé dans les organismes une quotidienneté traversée par :

- La concertation (entre organismes). Celle qui se faisait déjà sur une base identitaire (femmes, jeunes, lesbiennes, etc.). Des rencontres multi et intersectorielles qui comporte leur part de chocs liés aux modes de culture organisationnelle et aux moyens d'action, aux stratégies et aux pratiques différentes, ainsi qu'aux diverses façons de définir les enjeux : groupes populaires et groupes communautaires, groupes de défense des droits et groupes de services, membres versus usagères, groupes de femmes versus groupes mixtes.
- Des partenariats (avec l'État et maintenant, de plus en plus, entre organismes). Des pratiques démocratiques qui se transforment et qui créent de nouveaux rapports, notamment des rapports horizontaux avec l'État et des rapports plus verticaux au sein des groupes. Ces transformations entraînent moins de démocratie directe, moins de temps pour délibérer ; l'utilisation plus fréquente de la délégation, de la représentation et de la consultation ; la création et le développement « d'expertes » au sein des groupes ; la demande de formalisation qui vient tant de l'interne que de l'externe ; une institutionnalisation des mouvements et des moyens.

Les organismes ont beaucoup travaillé sur le comment (la mécanique, les façons de faire) plutôt que sur le pourquoi (le fondement de leurs actions). L'ensemble de ces phénomènes soulève de nombreuses questions dont, notamment :

- le rapport entre les représentantes et les représentées,
- les mandats donnés et leur exercice,
- la légitimité - on parle au nom de qui,
- les retours possibles et impossibles à la base, aux mandataires,
- la question de l'interlocuteur principal : l'État, le groupe, la base...,
- le comment (la forme), souvent en prédominance sur le pourquoi (le fond),
- les rapports générationnels dans les mouvements sociaux qui viennent questionner à la fois les modes d'organisation et les questions de type idéologique et historique. Des tensions existent entre ces deux groupes et ces nouveaux savoir-faire ; la cohabitation est-elle possible ?

Les savoirs développés

Différents savoirs qu'on pourrait nommer les « savoirs ordinaires » sont développés au sein des groupes. Il s'agit de l'expérience des intervenantes et des participantes des groupes de femmes, par opposition aux « savoirs experts » (les connaissances acquises). Des antagonismes ont toujours existé entre ces deux types de savoirs ; ce n'est pas nouveau. Au fil des années, les leaders communautaires ont réussi à faire reconnaître les savoirs des groupes et à être invités sur certaines tribunes, à titre d'experts et d'expertes « terrain ». Mais cela a créé des écarts à l'intérieur des organismes, les deux types de savoirs étant placés dans un ordre hiérarchique. Ce processus a eu comme effet pervers la création de tensions entre les femmes qui sont plutôt sur le terrain dans la quotidienneté (souvent les travailleuses) et celles qui sont dans la sphère politique et de la représentation.

L'appel au partenariat a, entre autres, fortement favorisé l'implantation de cette dynamique. Il ne s'agit pas de prendre parti pour l'un ou l'autre type de savoirs ; l'ensemble de ces savoirs doit pouvoir cohabiter. Or, dans les groupes, certains savoirs semblent plus importants que d'autres. Comment permettre aux deux types de savoirs de s'influencer mutuellement par le partage des connaissances ?

Il est désolant de constater à quel point il est difficile de faire coexister ces deux types de savoirs, sans que l'un veuille contrôler l'autre. Les groupes de femmes ont besoin connaître plus que leur champ d'intervention : développer des savoirs multiples et diversifiés, faire des liens avec d'autres champs de connaissance et des pratiques qui peuvent paraître étrangères, à prime abord, avec l'action et le travail qu'ils mènent. S'agit-il d'une nécessité, d'une obligation...ou d'un intérêt à développer ?

Le rapport des groupes au politique (le, la, les politiques)

Il importe pour les groupes de femmes de s'interroger sur le rapport au politique qu'ils ont maintenu ou développé au cours des dix dernières années. « Du » politique (l'analyse critique et la perspective politique du vécu des femmes), en escamotant « la » politique (la participation formelle à la prise de décision, par exemple au sein de structures gouvernementales), les groupes ont mis le cap sur l'influence « des » politiques (le développement ou la modification des normes législatives). Les femmes ont une place à prendre dans le domaine « du » politique ; elles sont appelées à participer de plus en plus à « la » politique, à être plus présentes dans les lieux de pouvoir décisionnel et ce, à titre d'élues.

L'investissement des groupes de femmes autour « des » politiques pose de nombreuses interrogations, entre autres :

- Les groupes sont-ils vraiment le moteur de ces politiques ou est-ce plutôt l'agenda de l'État qui les convie, ne pouvant se passer d'eux pour réaliser ce travail ?
- Jusqu'où le temps investi par les groupes à travailler sur ces politiques a-t-il empiété sur le temps consacré à l'autre versant : « le » politique du Mouvement des femmes, c'est-à-dire être sur la place publique, mettre de l'avant de nouvelles façons de faire et continuer à développer un regard critique ?
- Comment ces différentes politiques, lois et orientations sont-elles venues teinter les pratiques, les lieux, les modes d'organisation et les savoirs développés dans les groupes de femmes ?
- Se pourrait-il que l'appel incessant fait aux femmes pour qu'elles s'investissent dans les lieux de décisions, les amène à développer un nouveau rapport au politique et à être dorénavant plus actives dans « la » politique ?
- De quelle santé des femmes parle-t-on dans les politiques ? L'État a donné un caractère de plus en plus socio-économique à la santé des femmes. Est-ce que les groupes de femmes se rangent également vers cette tendance ?

L'action gouvernementale en santé des femmes

Il est aussi important pour les groupes de femmes de mieux connaître l'agenda politique en santé des femmes. La chronologie qui suit présente des lois, politiques, programmes et événements, d'ici et d'ailleurs, reliés aux conditions de vie et à la santé des femmes qui sont apparus depuis le début des années 1990.

- 1989 ▪ Adoption de la politique de santé mentale
- 1991 ▪ Loi sur la Santé et les Services Sociaux (120)
- 1992 ▪ Politique de la santé et du bien-être
- 1993 ▪ Politique en matière de condition féminine Un avenir à partager
 - Politique de périnatalité
 - Déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes (adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies)
- 1994 ▪ Premières maisons des naissances ouvrent leurs portes
 - Conférence internationale de Vienne sur les droits de « l'homme » (reconnaît officiellement et distinctement les droits des femmes)
 - Conférence du Caire organisée par l'ONU sur la population et le développement (met en lumière la nécessité de fournir une meilleure éducation aux femmes et plus spécifiquement en matière de contraception visant à freiner la surpopulation dans les pays en voie de développement)

- 1995
 - Marche Du pain et des roses
 - Quatrième Conférence mondiale sur les femmes de Beijing
 - Politique gouvernementale multisectorielle d'intervention en matière de violence cor engagements
 - Adoption d'orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles
 - Loi facilitant le paiement des pensions alimentaires
- 1996
 - Consultation régionale sur la place des femmes dans le développement régional (CSF)
 - Loi sur l'équité salariale
 - Loi modifiant le Code civil du Québec et le Code de procédure civile relativement à la fixation des pensions alimentaires pour enfants
 - Sommet socio-économique (déficit zéro)
- 1997
 - 5^e orientation de la Politique en matière de condition féminine La place des femmes dans le développement des régions
 - Politique familiale (nouvelle allocation familiale, garderie à 5,00 \$, maternelle à temps plein)
 - Politique de soutien au développement local et régional
 - Loi modifiant la Loi sur les normes du travail en matière de congé annuel et de congé parental (augmentation de la durée du congé parental sans solde de 34 à 52 semaines)
 - Loi constituant le Fonds de lutte contre la pauvreté par la réinsertion au travail (financement de mesures favorisant l'intégration au travail de personnes démunies)
 - Loi instituant au Code de procédure civile, la médiation préalable en matière familiale et modifiant d'autres dispositions de ce code
 - Loi modifiant la Loi sur les normes du travail concernant la durée de la semaine normale de travail (objectif visé : passer d'une semaine de 44 heures à une semaine de 40 heures à l'automne 2000)
 - Adoption de l'étape 4 de la stratégie québécoise de lutte contre le sida 1997-2002 ; un des axes de cette stratégie vise l'adaptation des pratiques aux besoins des groupes vulnérables et des personnes vivant avec le VIH-sida. Rappelons que c'est au Québec que l'on trouve le plus grand nombre de cas de sida chez les femmes et les enfants. La majorité de ces femmes ont entre 25 et 40 ans.
 - Programme Naître égaux - Grandir en santé (objectif : d'ici 2002, rejoindre 50 % des femmes enceintes sous-scolarisées et en situation de pauvreté)
 - Orientations ministérielles sur la santé des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles
 - Entrée en vigueur de l'assurance médicament

- 1998
 - Forum sur le développement social (CSBE)
 - Loi modifiant la Loi sur les impôts et d'autres dispositions législatives d'ordre fiscal (défiscalisation des pensions alimentaires pour enfants)
 - Programme québécois de lutte contre le cancer (dépistage du cancer du sein femmes de 50 à 69 ans)
- 1999
 - Loi sur les sages-femmes (constitution d'un ordre professionnel d'exercice exclusif et intégration des sages-femmes au réseau de la santé et des services sociaux)
 - Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les conjoints de fait (les unions de fait seront dorénavant traitées sans égard au sexe des personnes)
 - Programme du Secrétariat à la condition féminine À égalité pour décider
- 2000
 - Marche mondiale des femmes
 - Commission Clair
- 2001
 - Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec
 - Loi 28 modifiant la Loi sur la Santé et les Services Sociaux et diverses dispositions législatives
- 2002
 - Échéance des objectifs fixés dans la politique de santé et du bien-être et consultation sur les nouveaux enjeux.

Le sens

Pourquoi poser la question particulière du sens des pratiques ? Parce qu'elle conduit au cœur des significations des actions entreprises par les groupes. Elle englobe également les fondements et les principes de base liés à l'identité, soit la recherche d'une identité propre, l'obligation de se définir : la cohabitation d'une pluralité d'identités causant des difficultés et des tensions au sein du Mouvement des femmes, les demandes et commandes venant de l'extérieur présentant une menace pour l'identité des groupes.

L'étude du sens des pratiques des groupes de femmes permet d'identifier la grille de lecture des priorités, grille qui s'est installée au fil des dernières années et qui met de l'avant la logique économique, malheureusement. Malheureusement parce que les pratiques, la quotidienneté des groupes en sont teintés. Même le vocabulaire n'y échappe pas, le langage est souvent emprunté au milieu des affaires ; des mots tels que « gestion », « planification stratégique », « imputabilité », « efficience », « offre de services » sont utilisés fréquemment au sein des groupes.

De plus, le sens des mots et des pratiques s'est lui-même modifié au fil du temps. Par exemple, le mot « autonomie », principe tant réclamé par les groupes communautaires, particulièrement par le Mouvement des femmes. Dans le cadre du processus de développement de la politique de reconnaissance de l'action communautaire autonome, n'est-il pas paradoxal et contradictoire que le milieu communautaire ait affirmé haut et fort l'existence et la reconnaissance de cette autonomie, tout en demandant qu'elle soit enchâssée dans une politique et par l'État ?

Les défis

Le Mouvement en santé des femmes fait face à sept défis principaux :

- 1) *Le rapport au temps* : Les groupes de femmes devraient questionner leur rapport au temps. Quelles sont les activités et les tâches privilégiées dans leur emploi du temps : la concertation, le partenariat, les services, etc. ? Quels sont les différents types de travail et les différents rythmes (individuel et collectif) et comment ces différences cohabitent-elles ? Pourquoi travailler continuellement dans l'urgence ? Les groupes doivent-ils se plier au courant de l'immédiateté (courrier électronique, télécopieur, etc.).
- 2) *La mémoire et la transmission de l'histoire* : Dans la mouvance actuelle des groupes, comment peuvent encore tenir les cadres de référence, les bases d'unité et les plates-formes politiques bâtis dix ans auparavant ? De quelle façon les enjeux sont-ils présentés à celles qui n'étaient pas présentes à l'époque ? Quel travail se fait-il au sein des groupes pour assurer la transmission de l'histoire du groupe aux membres et aux travailleuses ? La mémoire collective d'un groupe est l'affaire de tout le monde ; l'histoire se construit avec la mémoire de toutes, individuellement et collectivement.
- 3) *Les identités multiples* : Il s'agit pour les groupes et les personnes qui les forment de trouver leur identité, en conciliant les multiples JE dans un grand NOUS. Accepter d'être traversé par des identités multiples fait partie intégrante de ce processus. Dans ce sens, les militantes et les travailleuses des groupes sont affectées elles-mêmes, en tant que femmes, par les revendications qu'elles portent.
- 4) *La reconnaissance de la spécificité et de l'autonomie des groupes de femmes* : Quel sera le sens de la reconnaissance du mouvement communautaire dans les années à venir ? Quel sens donné à l'autonomie des groupes compte tenu de cette réalité ? Quel est le prix à payer en lien avec la politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire autonome ? La reconnaissance est-elle réellement acquise ?

- 5) *La définition d'un mouvement social et le rapport avec « le » politique* : Quel projet de société portent les groupes de femmes et de quelle façon comptent-ils y arriver ? La démocratie exige du temps et des ressources. Certaines thématiques sont d'actualité pour le moment : pauvreté, mondialisation, sous-financement des groupes. Les revendications en lien avec ces thèmes mettent-elles l'accent essentiellement sur l'économie et si oui, le devraient-elles ? Les groupes doivent développer leur propre sens critique et pratiquer le « dissensus », processus inverse au consensus : nommer les positions différentes qu'ils ont. C'est une des garanties de la démocratie.
- 6) *La création* : La création exige de replacer au centre des pratiques la créativité et la capacité d'innover. Où en est le « faire autrement » des mouvements sociaux ? Il est important d'investir le temps nécessaire à cet aspect de l'action.
- 7) *Les « quatre D » en santé des femmes, et plus encore...* : Le Mouvement pour la santé des femmes s'est insurgé contre le sexisme des approches et des structures du domaine de la santé. Leurs revendications s'articulent autour de « 4D » : démédicaliser, désexiser, déprofessionnaliser et dévictimiser. Dans la foulée de la régionalisation, les groupes ont ajouté un cinquième D : démocratiser. Les défis qui se présentent aux groupes œuvrant en santé des femmes interpellent encore d'autres D : désobéir (en lien avec la mouvance de la désobéissance civile dans la foulée de la mondialisation), développer (de quel développement les groupes souhaitent-ils être partie prenante) et délibérer (l'importance d'apprendre à le faire, de plus en plus).

2.2 QUELQUES ENJEUX ÉMERGENTS EN SANTÉ DES FEMMES

personne-ressource : Lise Lamontagne

Pour identifier les enjeux émergents en santé des femmes, un bref rappel des actions entreprises pour atteindre l'équité entre les hommes et les femmes sera présenté. Suivent quelques défis de l'heure pour les femmes liés au contexte de la mondialisation. La dernière enquête de Santé Québec dévoile également des données sur la santé des femmes. Finalement, un enjeu touche particulièrement les groupes de femmes : il s'agit des démarches effectuées pour obtenir du financement gouvernemental et de la quête de l'autonomie financière.

En route vers l'égalité

Selon l'Organisation mondiale de la santé : «Les conditions préalables à l'instauration de la santé sont la paix, le logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, le revenu, l'émancipation des femmes, un écosystème stable, une utilisation judicieuse des ressources, la justice sociale, le respect des droits de l'Homme (sic) et l'équité».

Au Québec, par la mise en place d'un système de santé universel, nous avons choisi d'assumer collectivement et solidairement les risques liés à la maladie et de soutenir les personnes malades. Le Québec assure également un certain partage des revenus, les gens mieux nantis payant proportionnellement plus d'impôt que les plus démunis. Ces deux mesures ont permis d'améliorer l'équité entre les groupes de la population.

Après la deuxième guerre mondiale, et jusqu'aux années 1970, le Québec a connu une période d'essor au niveau des politiques sociales, à titre d'exemple : l'assurance-chômage, et les pensions gouvernementales. Ces politiques ont aussi favorisé l'égalité et contribué à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Toutefois, certaines inégalités demeurent et il est important de se demander pourquoi en est-il encore ainsi.

Une des inégalités qui perdure se situe au niveau du temps ; les femmes courent après le temps, entre autres, à cause du défi de concilier le travail et la famille. L'accès à la sécurité personnelle, libre de toute violence, l'accès à la sécurité financière et au pouvoir et l'accès égal aux ressources ne sont pas non plus garantis pour les femmes. Ces inégalités perdurent sans être nécessairement questionnées par notre société.

Les vingt dernières années témoignent de changements abrupts dans notre société, y compris un virage vers la droite, en particulier en ce qui concerne les politiques sociales

et les politiques de santé. Le vocabulaire utilisé s'est même transformé au fil des années, pour mieux refléter la prédominance du discours économique en lien avec le bien-être collectif. Les groupes de femmes doivent être « concurrentiels » ; les réalités économiques mondiales ont mené à des dépenses gouvernementales « excédentaires » ; et les « droits corporatifs » supplémentent les droits de la personne.

L'une des conséquences de ces pressions externes est la création de forces visant à prévenir l'instauration de nouveaux programmes sociaux qui entraîneraient des dépenses pour l'État ; et à démanteler les programmes existants ; les avantages, les institutions et les services publics qui ont justement fait avancer l'égalité dans notre société. Comme nous le verrons plus loin, cette tendance est de plus fortement exacerbée par la mondialisation.

On semble croire que les choses vont désormais s'améliorer toutes seules, comme si les droits des femmes évoluaient au hasard de la conjoncture, soumis à la combinaison de bonnes circonstances. La société a fait de grands pas vers l'égalité. Mais comme plusieurs croient que l'égalité est atteinte, les revendications des droits des femmes apparaissent moins légitimes. Même les acquis juridiques ne se traduisent pas toujours par des changements réels, par exemple, la décriminalisation de l'avortement n'a pas entraîné l'accès libre et gratuit aux services d'interruption de grossesse.

Dans la lutte pour une amélioration de la santé des femmes, tous les déterminants, tous les aspects de la vie doivent être embrassés de front. Les groupes de femmes font progresser de nombreux dossiers en lien avec l'égalité et ont besoin de réfléchir et de travailler à l'interrelation entre ces dossiers.

Par ailleurs, les femmes partagent plusieurs caractéristiques et expériences tout en englobant des réalités différentes. Trop souvent, la tendance est à la généralisation du vécu des femmes et à la réduction des expériences et analyses. Processus qui rendent invisibles la situation des femmes doublement discriminées, telles les femmes éprouvant des problèmes de santé mentale, les femmes réfugiées et immigrantes, les femmes lesbiennes, les femmes transgenres (qui s'identifient à l'autre sexe ou sont identifiées comme étant de l'autre sexe), les femmes handicapées ou les femmes autochtones par exemple. Cette diversité des femmes doit être prise en considération dans les actions des groupes.

La mondialisation et la santé des femmes

La mondialisation a porté des coups sévères aux services de santé publics dans de nombreux pays. Ici comme ailleurs, le néolibéralisme entraîne la privatisation des services, un déséquilibre entre la médecine préventive, la promotion de la santé et la

médecine curative. De plus, le patriarcat et son corollaire, la violence contre les femmes, non seulement se perpétuent mais sont même exacerbés par ce courant. La suprématie des riches est le nouveau mot d'ordre, légitimé par la transformation des pauvres en boucs émissaires : les familles monoparentales qui reçoivent de l'aide sociale sont blâmées pour les déficits budgétaires, les adolescentes sont tenues responsables des grossesses précoces, les personnes immigrantes du chômage, etc.

Les périodes de profonde insécurité sont propices à la montée du conservatisme, de l'intégrisme et du fanatisme de même qu'à une certaine déstructuration sociale. On assiste donc à de plus en plus de manifestations d'intolérance et d'atteintes à l'intégrité physique qui visent les femmes de façon spécifique : exclusion, marginalisation, violence, viol, tourisme sexuel et prostitution. Tel est le contexte difficile dans lequel s'inscrivent les revendications des groupes de femmes pour une meilleure qualité de vie et l'accès aux services de santé.

Le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale (BM), via les programmes d'ajustement structurel, ont contribué au démantèlement des programmes sociaux et des systèmes publics de santé et d'éducation dans les pays en développement. Ces programmes ont eu pour impact la privatisation de secteurs, tels l'éducation et la santé, jadis assumés par l'État pour l'ensemble de la collectivité. Outre bien sûr la privation de ces droits fondamentaux et reconnus dans les conventions internationales, on assiste à une véritable substitution du rôle et des responsabilités de l'État vers le privé et donc vers les femmes. En effet, pour les femmes cette substitution se traduit, au quotidien, par l'imposition d'une charge de travail souvent spécialisé, invisible et non rémunéré.

Le démantèlement et la commercialisation des services publics animent également la transformation de notre propre système de santé et de services sociaux. Le déplacement des soins et services vers la communauté demeure une illusion, sinon une supercherie. En réalité, le virage ambulatoire a entraîné le transfert des responsabilités des services publics vers le domicile privé où les femmes sont appelées à assumer les soins aux personnes malades ou en perte d'autonomie. La réforme du système de santé a ainsi un effet pervers direct sur les conditions de vie des femmes. Il n'est pas exagéré de dire que la détérioration de la qualité de vie des femmes est indissociable de la détérioration de la qualité des services de santé. Du point de vue du Mouvement des femmes, la tendance vers la privatisation est donc très préoccupante quant au potentiel négatif sur l'avenir des soins de santé et quant à l'avenir des femmes elles-mêmes.

Les effets néfastes de la mondialisation sur les conditions de vie et la santé des femmes sont aussi reliés à la place inégale qu'elles occupent sur le marché de l'emploi et

à la sous-valorisation de leur travail. Dans un mode de production axé essentiellement sur la compétitivité et la précarité des emplois, l'exploitation et l'abus de la main-d'œuvre féminine ne peuvent que subsister. La situation en emploi et l'autonomie économique de la plupart des femmes sont donc aussi fragilisées par le désengagement de l'État.

Ainsi, malgré les acquis des dernières années, les femmes vivent toujours des réalités et des problèmes qui leur sont propres, conservant dans plusieurs secteurs un statut d'inégalité par rapport aux hommes. Les femmes sont particulièrement affectées par les plans d'austérité budgétaire parce que moins d'État signifie nécessairement, pour les femmes, moins de bons emplois, plus de responsabilités vis-à-vis des malades et des personnes âgées, moins de lois sociales, plus de politiques ciblées plutôt qu'universelles et moins de cotisations sociales assurant la redistribution des revenus.

Au niveau du travail des femmes, certains secteurs sont privatisés ; en privatisant, on introduit la précarité des emplois ainsi que des salaires moins intéressants. De plus, de nombreuses femmes retournent à la maison pour s'occuper des proches dans le cadre du virage ambulatoire, de l'absence de services de garde ou de résidences pour personnes âgées, qui soient de qualité et à prix abordable. La désinstitutionnalisation rapide et non planifiée des personnes ayant des problèmes de santé mentale en est un autre exemple. Le travail invisible des femmes est en augmentation à cause du démantèlement des services publics.

Le travail pour la reconnaissance des droits des femmes et le respect de leur intégrité physique et mentale est menacé d'un sérieux recul. En raison de l'absence de normes internationales, la mondialisation accentue la féminisation massive et croissante de la pauvreté et provoque une exacerbation des multiples violences envers les femmes. Elle confine nombre de femmes dans la marginalisation et en soumet d'autres à une plus grande exclusion, en particulier, celles qui vivent des oppressions multiples liées à leur appartenance ethnique, la couleur de leur peau, leur orientation sexuelle, etc.

Les femmes et leurs enfants, notamment dans les pays en voie de développement, sont les premières victimes d'une mondialisation qui n'intègre pas la préoccupation du développement social et se limite à des objectifs strictement économiques. Dans la logique implacable du libre marché tout devient marchandise, tout s'achète et tout se vend : les petits pois, les tracteurs, tout comme les services publics, l'eau, les organes, les enfants, le corps des femmes - tout, sans discrimination aucune.

Ainsi, les groupes de femmes dénoncent les impacts, pour les femmes d'ici et d'ailleurs, d'une mondialisation qui se fait sans reconnaissance des valeurs féministes d'égalité et de justice sociale. Sous sa forme actuelle, la mondialisation est injuste parce qu'elle

favorise la concentration de la richesse ; elle est raciste parce qu'elle exploite particulièrement les populations du Sud ; elle est sexiste parce que ses effets négatifs atteignent surtout les femmes.

Données récentes sur la santé des femmes

Il est intéressant d'examiner les données recueillies dans le cadre de la dernière enquête sociale et de santé réalisée en 1998 par Santé Québec et de se laisser surprendre par certaines informations...

- Les femmes vivent plus longtemps et en meilleure santé : neuf sur dix atteindront l'âge de 65 ans et beaucoup d'entre elles peuvent espérer vivre 20 ans de plus.
- Une femme sur quatre vit seule. Parmi les femmes âgées de 65 ans et plus, c'est une femme sur deux. Quarante pour cent des femmes lesbiennes vivent seules.
- Une femme sur deux souhaite changer de poids, l'amélioration de l'apparence constituant la raison la plus fréquemment invoquée ; le désir d'être en meilleure santé vient au second rang.
- Des enjeux en lien avec la sécurité alimentaire concernent une femme sur dix, plus particulièrement les jeunes, et deux familles monoparentales sur dix. Il y a des questions de monotonie du régime alimentaire, restriction de l'apport alimentaire et incapacité d'avoir un régime équilibré faute de ressources financières.
- L'orientation sexuelle des femmes affecte leur santé (dans le cadre des enquêtes de Santé Québec, il s'agissait de la première fois où la question a été posée). Lorsque les femmes s'adressent à des ressources en santé, la grande majorité des lesbiennes taisent leur orientation sexuelle par crainte d'être mal jugées et surtout mal soignées.
- Une vaste majorité de femmes considèrent leur état de santé physique et mentale comme bon, très bon ou excellent. C'est après l'âge de 45 ans que cette perception de leur état de santé se modifie dans un sens moins favorable.
- Les problèmes de santé déclarés par les femmes sont : les maux de tête, l'arthrite rhumatoïde, les allergies, les maux de dos, l'hypertension, les troubles de la thyroïde, les troubles digestifs, les problèmes de santé causés par un accident ou une blessure. Une femme sur quatre vit également un taux élevé de détresse psychologique.
- L'utilisation des services de santé a un impact sur la santé des femmes, dans le sens qu'elles en sont de grandes utilisatrices, particulièrement quand elles atteignent le milieu de la soixantaine. Plus les femmes sont riches, moins elles

consultent les médecins. Elles préfèrent se tourner vers d'autres ressources professionnelles : les femmes consultent d'abord en clinique privée, dans un centre hospitalier et, enfin, dans les pharmacies. Les femmes s'adressent de plus en plus au pharmacien en raison de sa disponibilité et du grand usage des médicaments dans un but thérapeutique.

Un regard féministe sur la santé des femmes

De quelle façon définit-on la santé ? Comment peut-on définir la maladie ? L'approche médicale identifie le travail d'un agent envahisseur, hostile au corps humain. L'organisme ne pouvant pas se défendre contre l'agresseur, c'est le rôle du médecin d'identifier l'agent envahisseur et de prescrire des médicaments et des traitements qui vont le contrer. Dans cette vision des choses, la cause de la maladie se situe à l'intérieur de l'organisme, une intervention thérapeutique a lieu et l'individu est tenu responsable de son problème de santé.

Selon la perspective féministe, la santé et la maladie sont démedicalisées. Les déterminants de la santé - les facteurs socio-économiques - ont un effet direct sur la santé et peuvent être la cause de la maladie. Les groupes de femmes cherchent donc à améliorer les conditions de vie et à prévenir la maladie plutôt que de se contenter de la traiter. Faire face à la pauvreté, en éliminer les causes, faire disparaître les excès de stress et l'accoutumance aux médicaments sont essentiels pour lutter contre les maladies.

À la liste des enjeux soulevés ci-dessus, d'autres enjeux semblent importants dans un avenir rapproché :

- les médecines alternatives soulèvent à la fois la question de l'encadrement des professions et la protection des usagers ;
- les services de sages-femmes : quelques maisons de naissance se sont ouvertes au cours des dernières années, mais toutes les femmes qui le désirent n'y ont pas accès et les sages-femmes n'ont pas le droit d'assister les femmes dans le cadre d'un accouchement à domicile ;
- la définition même de la santé des femmes : qui définit la santé et les maladies qui affectent les femmes, qui décide de la recherche nécessaire et des traitements, y compris des médicaments, à administrer ;
- la reconnaissance des savoirs et des expériences de vie des femmes, notamment en ce qui concerne leur transmission auprès des jeunes femmes, qui sont la relève, particulièrement au sein du Mouvement des femmes ;

- l'accès à l'information et les informations sur la santé transmises par les médias ; comment développer un esprit critique de toutes ces informations ?

2.3 PRATIQUES COMMUNAUTAIRES À LA CROISÉE DES CHEMINS

personne-ressource : Danielle Fournier

Cet exposé s'inspire du projet de recherche intitulé *Les organismes communautaires au Québec : des pratiques à la croisée des chemins*. Les conclusions et l'analyse de l'équipe de recherche sont basées sur treize études de cas localisés dans quatre régions du Québec et sur les résultats d'une enquête à laquelle 534 organismes communautaires à l'échelle du territoire québécois ont répondu. Il s'agissait d'organismes communautaires locaux, répondant aux besoins de trois populations différentes : les familles, les femmes et les jeunes. Parmi les groupes de femmes, il y avait les centres de femmes, les maisons d'hébergement, les centres de santé des femmes et les CALACS (centres de lutte aux agressions à caractère sexuel).

Résultats de recherche et analyse

Les dix dernières années de transformation du système de santé et de services sociaux au Québec ont constitué la trame de fond de notre étude ; il s'agit des années incluant et faisant suite à la dernière grande réorganisation de ce système, au début des années 1990. L'étude a commencé par cerner les attributs historiques des organismes communautaires québécois, puis les a résumés en cinq principes : enracinement dans la communauté ; interventions novatrices et adaptées aux besoins des personnes avec qui on travaille ; approche globale aux problèmes sociaux dans laquelle on favorise l'empowerment des personnes et des collectivités ; fonctionnement démocratique au sein des organismes ; perspectives d'action multiples : l'individu, le groupe, la collectivité.

Il s'agissait d'identifier comment ces principes traversaient les pratiques des groupes actuellement et de voir les interactions entre ces principes et les dimensions du groupe. Les pratiques des groupes influencées par différentes variables contextuelles et liées à la dynamique socio-sanitaire régionale, peuvent tendre soit vers la logique autonomiste ou soit vers la logique complémentariste. La première entraînant les groupes à renforcer leurs attributs spécifiques et la deuxième les amenant à s'adapter aux exigences des continums de services.

L'équipe du projet a identifié six pratiques des groupes communautaires en question. Ce sont les dimensions suivantes : orientations (valeurs) ; action/ programmation (activités) ; fonctionnement (organisation et gestion des rapports internes) ; financement ; relations extérieures ; évaluation. Voici quelques résultats de cette recherche, en lien particulièrement avec les groupes de femmes ayant participé au

projet. L'accent est mis sur les faits saillants en lien avec certaines pratiques nommées.

D'entrée de jeu, il est important de préciser qu'il n'existe pas de lien direct de cause à effet entre quelque pratique que ce soit et la réalité des groupes. Par exemple, l'étude ne permet pas de conclure que la réforme du système de santé et de services sociaux des années 1990 a donné tel ou tel résultat. Il s'agit de voir comment ces dimensions, dans un contexte très large, ont contribué à avoir un impact sur les expériences des groupes communautaires.

En effet, plusieurs facteurs ont certains impacts qui interagissent les uns avec les autres et qui mènent à des réalités très complexes. L'équipe de recherche a regardé l'ensemble des dimensions, l'interaction entre elles, tout cela dans le cadre des logiques autonomistes et complémentaristes. Qu'est-ce que cela peut engendrer ? Plus un groupe est happé par la logique complémentariste, plus il est en train de se construire une nouvelle identité ; il devient un nouveau groupe, qui n'a plus les attributs historiques du milieu communautaire. Dans certaines circonstances, ce processus peut être voulu par le groupe, par exemple la transformation d'un organisme communautaire en organisme intermédiaire.

L'orientation

Plusieurs groupes possèdent des documents écrits qui précisent les valeurs auxquelles ils adhèrent. Parmi les groupes étudiés dans ce projet, ce sont principalement les groupes de femmes et, surtout, ceux qui sont rattachés à un réseau provincial qui avaient des orientations claires.

L'action / programmation

Les activités régulières sont diversifiées. Depuis les dix dernières années, l'équipe du projet a identifié une évolution dans le type d'actions réalisées par les groupes : les activités sociales (de type fêtes, sorties, loisirs) sont à la hausse. Les groupes accordent beaucoup d'importance et de temps à l'accompagnement et à la référence. Cet état de fait est en partie le résultat de l'alourdissement des besoins dans la population. Toutefois, les groupes mis sur pied au cours des années 1970 ou 1980 réalisent davantage d'actions collectives de défense de droits que les groupes mis sur pied plus récemment. Par ailleurs, les groupes de femmes s'inscrivent plus souvent que les groupes jeunes et familles dans cette façon de faire, sans doute à cause de la forte implication de ces groupes dans les deux marches organisées ces dernières années au Québec : Du pain et des roses en 1995, puis la Marche mondiale des femmes en l'an 2000.

L'équipe de recherche a demandé aux groupes de choisir parmi cinq énoncés celui qui représentait la manière de faire de leur organisme. Les cinq énoncés allaient des groupes d'action collective aux groupes visant le développement des compétences en passant par les groupes de services. Parmi les groupes de femmes, la majorité s'est décrite comme travaillant « avec » les femmes afin de les aider à répondre à leurs besoins, de leur permettre de développer leurs potentialités et d'améliorer leur sort individuellement et collectivement.

Le fonctionnement

La vie associative fait partie intégrante du fonctionnement d'un organisme communautaire. La vie démocratique demeure un attribut du communautaire. Toutefois, les groupes consacrent de moins en moins de temps à la vie associative, qui semble dans plusieurs groupes devenir « un dossier » parmi d'autres et souvent quelque chose de lourd à traîner. Au niveau de la vie associative des groupes de femmes de la recherche, dans les centres de femmes, les membres sont présentes au sein des instances formelles de l'organisme. Par contre, les participantes sont presque absentes de celles-ci au sein des maisons d'hébergement. Près du quart des organismes répondant au questionnaire n'ont pas réussi à combler tous leurs postes au conseil d'administration.

Les aptitudes personnelles sont le principal critère d'embauche pour l'ensemble des organismes. Le deuxième critère en importance est la scolarité, valorisée davantage dans les organismes inscrivant la résolution de problèmes ou le développement de compétences dans leurs objectifs d'action. À noter également que ce critère est un critère d'embauche plus important qu'en 1992-1993 pour plus de la moitié des organismes.

Les relations extérieures

Comparativement aux autres groupes, les groupes de femmes participent quatre fois plus souvent à des activités de concertation avec des pairs ou différents acteurs de la communauté. La concordance entre les priorités des régies régionales et les préoccupations des groupes de femmes explique en partie ce haut taux de participation de même que leur ferme intention de se rapprocher des lieux de pouvoir. Par ailleurs, le temps consacré à la concertation a augmenté par rapport à 1992-1993.

Malgré les avantages de la concertation, des effets pervers de cet investissement sont ressentis au niveau de la dynamique interne des organismes alors que les permanentes ont moins de temps pour investir au niveau de leur présence sur le terrain, en relation avec les participantes, ainsi qu'au niveau de la vie associative et démocratique du groupe. Aussi, l'expertise de plus en plus exigée pour les représentations extérieures

accentue la spécialisation des fonctions, ce qui contribue à un clivage entre les salariées (coordination-direction par opposition aux intervenantes) ainsi qu'à l'exclusion des usagères, bénévoles et membres de cette sphère d'activité.

Le financement

Le secteur femmes est le mieux financé parmi les groupes à l'étude ; cela s'explique en partie grâce aux négociations de leurs regroupements nationaux avec le ministère de la Santé et des Services sociaux au cours des années 1980 et 1990. Les organismes consacrent beaucoup d'énergie et de temps à la recherche de financement ; le fait d'avoir à recourir à de multiples bailleurs de fonds accroît la surcharge de travail liée à cette tâche.

L'autofinancement est le moyen le plus répandu chez les organismes pour recueillir des fonds ; par contre, il s'agit de la source de financement qui occupe la moins grande part du budget de chaque groupe. Le programme de soutien aux organismes communautaires du ministère de la Santé et des Services sociaux (SOC) est la deuxième source de financement la plus courante et occupe la plus forte proportion du budget annuel des organismes. Les montants accordés ainsi que la proportion du SOC au revenu annuel des organismes sont beaucoup plus élevés chez les organismes du secteur femmes que chez les groupes familles et même jeunes.

Les salaires du personnel des groupes de femmes sont également parmi les plus élevés. Par ailleurs, les écarts de salaire entre les différentes employées des groupes sont moins élevés chez les groupes de femmes que chez les groupes de jeunes ou les groupes familles.

Réflexions et questionnements

Compte tenu de la conjoncture actuelle, d'expériences militantes au sein de divers groupes de femmes et des résultats de la recherche, voici quelques réflexions et questions.

Il semble qu'il y ait de moins en moins de place pour la délibération au sein des groupes communautaires. Il serait important de réfléchir sur les pratiques démocratiques développées et sur la place qu'on accorde aux membres. Il est important de réactualiser les éléments qui font des groupes de femmes des pratiques alternatives. À titre d'exemple, dans les assemblées générales annuelles, y a-t-il encore de la place pour la discussion et la prise de décision ? Les groupes doivent se pencher sur les éléments suivants : faire le bilan des modes de gestion, s'interroger sur les rapports entre les travailleuses et les membres des conseils d'administration, être à l'écoute des

insatisfactions des travailleuses au sujet de leurs conditions de travail, du rythme et de la surcharge de travail. Qu'arrive-t-il avec la gestion féministe dans la quotidienneté ?

Un défi important pour les groupes de femmes, est de cesser de travailler dans l'urgence, d'apprendre à mettre des limites, à faire des choix dans l'emploi du temps et l'utilisation de l'énergie disponible. Pour ce faire, il est important d'identifier des priorités et de dégager les ressources pour y travailler.

Les groupes de femmes ont une réflexion à faire sur les multiples lieux de concertation. Certains lieux nationaux ou régionaux n'ont peut-être plus la même pertinence dans la conjoncture actuelle. Les groupes auront-ils le courage et la volonté d'entreprendre ce bilan ?

Les groupes sont invités à poursuivre la quête de l'autonomie et à consolider au sein des groupes les attributs du communautaire. C'est sur la base de pratiques autonomes que peut se déployer une transaction « réciproque » avec d'autres partenaires institutionnels. La concertation entre groupes communautaires et groupes de femmes apparaît comme un pré-requis à toute forme de transaction véritable avec d'autres acteurs sociaux. À cet effet, les grands regroupements nationaux ont aidé et aideront les groupes de base à développer et à conserver leurs spécificités et les aideront à s'éloigner du pôle complémentariste.

Comment fait-on les arrimages entre le local, le régional et le national et sur quelles bases ? De quelle façon cela peut-il mener à des changements ? Il ne faut pas oublier le rôle des regroupements nationaux dans la formation des intervenantes et particulièrement à l'analyse politique. En résumé, le Mouvement des femmes est condamné à la créativité, à la flexibilité et à l'audace.

2.4 CONSTATS DES PARTICIPANTES

Compte tenu de l'évolution récente et de l'état actuel des politiques sociales et des politiques de santé qui touchent les femmes, les participantes ont identifié ces cibles d'action prioritaires face aux politiques gouvernementales :

- l'ensemble des politiques développées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et en particulier leur opérationnalisation par les régies régionales, qui exécutent ces politiques ;
- les processus de privatisation qui sous-tendent de plus en plus les politiques ;
- le maintien des services de santé publique ainsi que des principes de base qui sont des acquis sociaux : l'universalité, l'accessibilité et la gratuité des services sociaux et de santé ;
- la traduction des politiques en programmes et services concrets et réels ;
- des processus de développement des politiques adaptés aux femmes et impliquant activement les groupes en santé des femmes ;
- l'investissement des lieux de pouvoir politique.

Les participantes ont identifié les nouveaux enjeux pour la santé des femmes, en lien avec la conjoncture actuelle :

- le vieillissement,
- le rapprochement intergénérationnel,
- la prévention, le travail sur les causes environnementales des problèmes de santé des femmes,
- la santé mentale, en particulier l'estime de soi des femmes et l'image du corps,
- la médication des femmes, leur consommation, la publicité médicamenteuse adressée aux femmes et aux citoyens et citoyennes en général,
- les OGM et leur impact sur la santé des femmes,
- les liens avec les intervenantes pratiquant les médecines alternatives,
- la santé dans un contexte de mondialisation,
- les phénomènes de régionalisation par opposition aux processus de mondialisation (lieux d'échange, lieux de rencontre).

Compte tenu de l'impact des transformations sociales sur les pratiques des groupes en santé des femmes, les participantes ont identifié des cibles d'action prioritaires pour les groupes :

- planification/programmation des activités et/ou services ;
- structure organisationnelle (méthode de prise de décision ; rapport entre les membres, les travailleuses, les participantes, etc.) ;
- faire des choix : définir qui nous sommes, ce que nous voulons dans nos groupes, et opter pour l'éducation populaire ;
- nous questionner au sujet de notre rôle : développer des services, réaliser des actions politiques ;
- discuter de l'autonomie des groupes par rapport au réseau de services intégrés : certains groupes prendront la logique de l'autonomie ;
- nous battre pour notre autonomie dans une critique du système public de santé ;
- nous approprier des outils de planification - temps et contenu ;
- développer une compréhension commune des orientations gouvernementales en santé, et nous tenir à jour dans ces orientations ;
- demeurer liés à la base - ce qui intéresse, ce qui touche et préoccupe les femmes ;
- prendre le temps de préparer et de faire le suivi des réunions ;
- prendre le temps de transmettre de l'information ;
- évaluer l'impact de notre travail ;
- réfléchir à la question de la professionnalisation dans nos groupes et à son impact sur la démocratie interne ;
- faire preuve de créativité dans nos structures organisationnelles ;
- repartir sur nos propres bases et favoriser le « dissensus » ;
- nous recentrer sur nous-mêmes, nous donner le temps, les lieux et les moyens pour le faire ;
- créer des lieux de partage et d'échange ;
- nous réapproprier nos revendications, nos critiques ;
- passer de l'individuel au collectif ;
- reprendre les moyens collectifs de pression et d'action
- voir à notre rôle politique (désobéissance) ;

- nous remettre à faire de l'éducation populaire et de l'action politique : nous servir des tribunes existantes, dont les médias, entre autres ;
- organiser les états généraux du Mouvement pour la santé des femmes ? Le colloque *Un Québec féminin pluriel*, tenu en 1992, était un événement rassembleur et un point tournant pour le Mouvement des femmes. Pourquoi pas un tel événement pour le Mouvement pour la santé des femmes ?

Quelques constats ont émergé de l'ensemble des discussions. Par rapport aux politiques sociales et aux politiques de santé, l'élément important reste leur application concrète dans le but de répondre aux besoins des femmes. Les enjeux principaux en matière de santé des femmes sont : la prévention des problèmes de santé des femmes, la santé mentale, les médicaments et le système de santé. Les échanges en lien avec les impacts des enjeux sur les pratiques des groupes ont suscité le plus de discussion et de convergences dans les propos, peut-être parce qu'ils touchent de près le quotidien des participantes, qui sont des intervenantes dans les groupes en santé des femmes.

Les enjeux suivants ont été identifiés par plusieurs au cours de la démarche :

- L'implication des jeunes femmes : elles semblent s'intéresser moins que leurs aînées à la condition féminine, car elles tiennent pour acquis l'égalité femmes/hommes. Elles s'intéressent davantage à la mondialisation et à la solidarité avec les femmes d'ailleurs, dont les droits ne sont pas respectés. Compte tenu de ces questions, quelle sera la relève féministe en santé des femmes ?
- Le défi du défaitisme : les groupes font face au défi de contrer le défaitisme et de retrouver ce qui fait vibrer.
- La cohérence dans les choix stratégiques : il importe d'être cohérentes avec les choix que font les groupes, par exemple en ce qui concerne le déroulement des assemblées générales annuelles et la prise de décision. Un autre exemple, si c'est l'équipe des travailleuses qui prend les décisions importantes du groupe, dire que c'est le cas plutôt que de dire que c'est le conseil d'administration, si ce n'est pas vrai.
- La perception des membres ou participantes : les intervenantes voient souvent ces personnes comme étant « l'autre » différente de soi, même si toutes sont des femmes. Souvent, les intervenantes imaginent que ces personnes sont davantage démunies à tous les égards ; elles évitent ainsi de créer des liens véritables basés sur des rapports égalitaires.

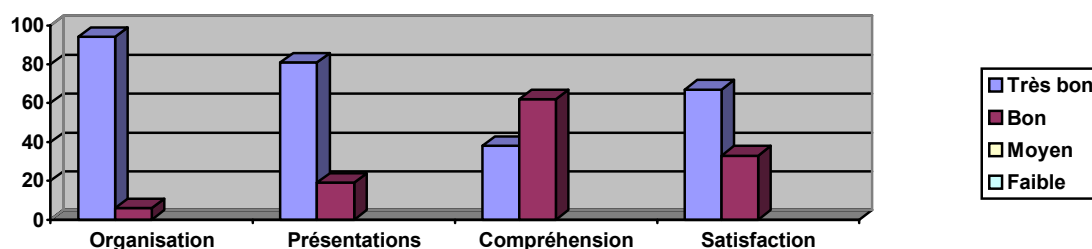
- La recherche de l'équilibre entre le bien individuel et le bien collectif : parfois en matière de santé des femmes, les intérêts individuels prennent le dessus sur les intérêts de la collectivité (par exemple, les technologies de reproduction qui répondent aux besoins de certains couples mais qui coûtent très cher aux contribuables).
- L'un des rôles des groupes en santé des femmes est de rendre visible ce qui est sous-jacent à la publicité reliée aux services et produits en lien avec notre santé, par exemple le tabagisme. Notamment, les participantes constatent l'influence du discours de la droite politique, entre autres la présence d'un discours personnalisé et culpabilisant envers les femmes par rapport à leur santé et à la santé de leurs proches.
- Les discussions ont mené au souhait que le Mouvement des femmes dans son ensemble prenne davantage en considération les questions reliées à la santé des femmes. La santé et le bien-être étant à la base de la vie de toute personne, groupe ou communauté, les participantes ont exprimé le désir que les groupes de femmes qui assurent le suivi des revendications à la Marche mondiale des femmes axent leurs efforts sur la santé des femmes, en plus de la pauvreté et de la violence faite aux femmes. En effet, la pauvreté et la violence ont des impacts sur la santé ; de la même façon que la santé des personnes, des groupes et des communautés est un facteur important dans les situations de pauvreté et de violence envers les femmes.
- Dans le même esprit, les participantes ont suggéré de tenir les États généraux du Mouvement pour la santé des femmes comme lieu d'engagement et de discussion de l'ensemble des femmes sur des questions liées à leur santé et à la santé de leurs proches. Cela reste une idée, mais avec l'engagement de toutes, une telle proposition pourra faire chemin et mener vers des actions concrètes, en faveur de l'amélioration de la santé des femmes.

3. CONCLUSION

La démarche et la journée de formation ont permis d'atteindre les objectifs que s'était fixés le Réseau : fournir de l'information aux groupes qui travaillent en santé des femmes ; identifier des cibles d'action pour les groupes qui veulent influencer les politiques en matière de santé des femmes ; améliorer la compréhension des groupes de femmes quant à leur mandat en matière d'influence politique ; améliorer la compréhension des enjeux dont les groupes doivent tenir compte lorsqu'il est question de leurs grandes orientations et de leurs priorités ; renforcer les liens entre les groupes.

Les exposées des trois personnes-ressources ont été particulièrement appréciés. Plus du tiers des participantes ont augmenté de façon significative leur niveau de connaissances et de compréhension des thèmes développés. La journée de formation a été l'occasion de partager des informations, des expériences et des réflexions pour plusieurs participantes. Quelques participantes auraient préféré que le contenu de la journée soit étalé sur au moins deux jours, pour favoriser une meilleure compréhension et une meilleure intégration des nouvelles connaissances.

Le diagramme ci-dessous présente quelques résultats de l'évaluation.



Les commentaires généraux des participantes ont convergé : elles souhaitent poursuivre la démarche d'apprentissage en lien avec les thèmes de la journée de formation, pour ensuite trouver des solutions concrètes aux problèmes identifiés. Une participante a suggéré de se baser sur les cibles d'action retenues par les participantes, notamment les différentes politiques en vigueur, pour organiser les actions à suivre pour le RQASF et les groupes en santé des femmes.

Par ailleurs, quelques thèmes spécifiques ont été identifiés dans le but de poursuivre des actions formatives et collectives :

- santé des femmes et médicaments,
- privatisation du système de santé.

Les participantes souhaitent être informées et impliquées dans les suites de ce projet. Pour le RQASF, ce projet doit être considéré comme l'amorce d'une réflexion au sein des groupes de femmes, dans le cadre de leur planification stratégique et, notamment, de leur implication active dans le développement et l'adoption de lois et programmes adaptés aux besoins réels des femmes concernant leur santé.

C'est une journée qui permet de placer des concepts, mieux comprendre certains enjeux. [Ça] donne le goût de pousser plus loin !

Une participante

Très enrichissant. Je retourne dans mon groupe avec une vision plus précise des enjeux - il y aura certainement des changements/modifications qui verront le jour...

Une participante

J'ai trouvé la rencontre très intéressante. Les conférencières étaient excellentes. J'ai beaucoup apprécié le ton des présentations qui invitait à s'interroger, à se questionner plutôt qu'à donner des réponses.

Une participante

ANNEXE A : BIBLIOGRAPHIE COLLECTIVE

BUCKLEY, Melina (2001). *Transformer l'avenir des femmes - guide de théorie et d'action sur les droits à l'égalité*. Vancouver : West Coast Women's Legal Education and Action Fund.

CENTRE DES FEMMES DE LAVAL (1998). « C'est moi qui décide : démarche de réflexion et de prévention des toxicomanes pour les femmes »₂. Diagramme sur les déterminants inspiré d'un article de Catherine Martin, dans *Santé, société*, (printemps)vol. 1(2), p.14.

COALITION FÉMINISTE POUR UNE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes*. Montréal : La Coalition.

COALITION FÉMINISTE POUR UNE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Virage ambulatoire et transformation du réseau : Attention ! Virage dangereux pour la santé des femmes*. Montréal : La Coalition.

COLLECTIF INTERACTION FEMMES SANTÉ (1999). *Questions insolites : regard féministe sur le SIDA*. Ottawa : Interaction femmes santé.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (2000). *La constante progression des femmes : Historique des droits des femmes*. Québec : CSF.

INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHES SUR LES FEMMES (2001). *Femmes, santé et action*. Ottawa : ICREF.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2000). *Enquête sociale et de santé, 1998*. Québec : L'Institut (Collection la santé et le bien-être).

L'R DES CENTRES DE FEMMES DU QUÉBEC (1997). *Femmes, santé et régionalisation*. Montréal : L'R des centres de femmes du Québec.

LAMONTAGNE, Lise (2001). « Mondialisation et santé des femmes ». *Sans préjudice...pour la santé des femmes*, no 25 (automne), p. 8-10, 23.

RENÉ, Jean-François, FOURNIER, Danielle, DUVAL, Michelle et GARON, Suzanne (2001). *Les organismes communautaires au Québec des pratiques à la croisée des chemins*. Montréal : Centre de formation populaire et Relais-femmes.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (1999). *Cadre de référence : La santé des femmes au Québec*. Montréal : RQASF, 31 p.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (2001). *Rapport d'activités 2000-2001*. Montréal : RQASF.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (1998). *Actions gouvernementales en matière de santé des femmes, document de synthèse des politiques gouvernementales*. Montréal : RQASF.

SANTÉ CANADA (1999). *Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada*. Ottawa : Santé Canada.

SECRETARIAT À LA CONDITION FÉMININE (2000). *Fiches thématiques et statistiques*, Québec : Le Secrétariat, 30 fiches.

STATISTIQUE CANADA (2000). *Tendances sociales canadiennes*. Ottawa : Statistique Canada.

ANNEXE B : PRÉSENTATION DES PERSONNES RESSOURCE

Madame **Marcelle Dubé** œuvre actuellement au sein du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes à titre de chercheuse pour le projet de recherche Agir ensemble pour la santé des femmes. Elle est également étudiante au doctorat en Sciences humaines appliquées à l'Université de Montréal. Travailleuse autonome agissant à titre de formatrice, animatrice et consultante en recherche auprès des groupes de femmes, de jeunes et d'alphabétisation populaire, madame Dubé a été chargée de cours au certificat en action communautaire à l'Université de Montréal. Détentrice d'une maîtrise en Intervention sociale à l'Université du Québec à Montréal, madame Dubé a été coordonnatrice du Regroupement des maisons de jeunes du Québec pendant plusieurs années.

Madame **Danielle Fournier** est professeure à l'École de Service social de l'Université de Montréal et responsable du certificat en action communautaire. En collaboration avec Denyse Côté de l'Université du Québec à Hull, madame Fournier mène une recherche concernant l'Économie sociale et les groupes de femmes dans sept régions du Québec. Membre de l'équipe de recherche sur la culture organisationnelle et les pratiques démocratiques des groupes de femmes (ERCOF), madame Fournier s'intéresse plus particulièrement aux questions concernant la démocratie et les rapports de pouvoir, les pratiques communautaires et les modèles de gestion développés au sein des groupes dans le champ de la santé et des services sociaux. Militante dans les groupes de femmes et particulièrement dans les centres de femmes depuis de longues années, madame Fournier est présidente du conseil d'administration du Centre d'éducation et d'action des femmes et de Relais-femmes

Détentrice d'un Baccalauréat en Sciences juridiques de l'Université du Québec à Montréal, et d'un DEC en sciences humaines, madame **Lise Lamontagne** est directrice générale du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. Militante au sein du Mouvement des femmes au Québec et dans le monde, madame Lamontagne siège à de nombreux comités, dont le conseil d'administration de la Fédération des femmes du Québec, la Coalition féministe pour une transformation du réseau de la santé et des services sociaux et le comité organisateur de la 9^{ième} Rencontre internationale sur les femmes et la santé.

Madame **Monique Deviard** est chargée de cours à l'Université de Montréal et à l'UQAM et responsable des certificats de relations publiques et de communication appliquée à la Faculté de l'Éducation permanente de l'Université de Montréal. Elle dispense également des formations publiques, privées et sur mesure dans plusieurs organisations. Elle est titulaire d'un baccalauréat en marketing, communication et relations publiques de l'Université de Montréal ; d'un baccalauréat en philosophie ; et elle détient également une maîtrise en communication de l'UQAM. Madame Deviard agit à titre de consultante auprès du RQASF pour l'analyse de la conjoncture et de son impact sur la recherche de financement.