

L'expérience de participation des groupes de femmes dans la planification régionale des services sociaux et de santé au Québec

Jocelyne Bernier, Bilkis Vissandjée, Marlène Dallaire

pour le
Centre d'excellence pour la santé des femmes -
Consortium Université de Montréal

La recherche et la publication de la présente étude ont été financées par le Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada. Les opinions exprimées sont celles des auteures et ne reflètent pas nécessairement la politique officielle de Condition féminine Canada ou du gouvernement du Canada.

Mai 2003

Condition féminine Canada se fait un devoir de veiller à ce que toutes les recherches menées grâce au Fonds de recherche en matière de politiques adhèrent à des principes méthodologiques, déontologiques et professionnels de haut niveau.

Chaque rapport de recherche est examiné par des spécialistes du domaine visé à qui on demande, sous le couvert de l'anonymat, de formuler des commentaires sur les aspects suivants :

- l'exactitude, l'exhaustivité et l'actualité de l'information présentée;
- la mesure dans laquelle la méthodologie et les données recueillies appuient l'analyse et les recommandations;
- l'originalité du document par rapport au corpus existant sur le sujet et son utilité pour les organisations oeuvrant pour la promotion de l'égalité, les groupes de défense des droits, les décisionnaires, les chercheuses ou chercheurs et d'autres publics cibles.

Condition féminine Canada remercie toutes les personnes qui participent à ce processus de révision par les pairs.

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque nationale du Canada

Bernier, Jocelyne, 1946-

L'expérience de participation des groupes de femmes dans la planification régionale des services sociaux et de santé au Québec [ressource électronique]

Publ. aussi en anglais sous le titre : The participation experience of women's groups in regional health and social services planning in Quebec.

Comprend des références bibliographiques.

Publ. aussi en version imprimée.

ISBN 0-662-88720-4

No de cat. SW21-106/2003F-IN

1. Santé, Services communautaires de – Québec (Province) – Planification.
 2. 1. Santé, Services communautaires de – Québec (Province) – Participation des citoyens.
 3. Femmes – Santé, Services de – Québec (Province).
- I. Vissandjée, Bilkis.
 - II. Dallaire, Marlène.
 - III. Canada. Condition féminine Canada.
 - IV. Titre : The participation experience of women's groups in regional health and social services planning in Quebec.

RA450.B47 2003

362.1'082'09714

C2003-980137-3

Gestion du projet : Julie Cool et Jo Anne de Lepper, Condition féminine Canada

Coordination de l'édition : Cathy Hallssey, Condition féminine Canada

Révision et mise en page : PMF Services de rédaction inc./ PMF Editorial Services Inc.

Traduction : Société Gamma inc.

Lecture comparative : William Hart

Coordination de la traduction : Monique Lefebvre, Condition féminine Canada

Contrôle de la qualité de la traduction : Jane Butler

Pour de plus amples renseignements veuillez communiquer avec la :

Division de la recherche

Condition féminine Canada

123, rue Slater, 10^e étage

Ottawa (Ontario) K1P 1H9

Téléphone : (613) 995-7835

Télécopieur : (613) 957-3359

ATME : (613) 996-1322

Courriel : research@swc-cfc.gc.ca

SOMMAIRE

Cette étude exploratoire examine l'expérience de participation de groupes de femmes dans la planification régionale des services sociaux et de santé au Québec, dans le but de cerner les difficultés et les succès dans leurs rapports avec les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS). Les engagements en matière de condition féminine inscrits dans les plans régionaux d'organisation des services pour la période 1998-2002 et la structure organisationnelle mise en place par les RRSSS pour assurer le suivi de la mise en oeuvre de ces engagements sont d'abord présentés. Ensuite, une analyse descriptive-comparative de la situation dans quatre régions retenues pour leur diversité permet de contraster les dynamiques intra-régionales et de dégager des indices relatifs aux différences observées dans la planification et la programmation des services et dans les interactions des RRSSS avec des groupes de femmes. Enfin, des recommandations, en matière de stratégies de promotion de l'égalité entre les sexes dans la planification régionale en santé et services sociaux, à l'intention du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des RRSSS et des regroupements régionaux de groupes de femmes sont amenées en conclusion.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	iii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	iv
PRÉFACE.....	v
REMERCIEMENTS.....	vi
RÉSUMÉ	vii
1. INTRODUCTION	1
2. CONTEXTE	3
La régionalisation de l'organisation des services sociaux et de santé	3
Les conséquences de la réforme du système de santé pour les femmes	5
L'analyse différenciée selon les sexes et la planification régionale en santé	7
La participation des groupes de femmes dans les structures régionales.....	9
3. MÉTHODOLOGIE	12
La collecte des données	12
L'analyse des données	17
4. RÉSULTATS.....	20
Les engagements inscrits dans les PROS 1998-2002 en regard du dossier de la condition de vie des femmes.....	20
La structure organisationnelle des RRSSS en regard du dossier de la condition de vie des femmes.....	24
Études de cas dans quatre régions du Québec	26
5. QUELQUES ÉLÉMENTS PERMETTANT D'ÉCLAIRER DES PISTES STRATÉGIQUES.....	51
Enseignements tirés de l'expérience dans une cinquième région.....	53
Les changements dans la gouverne du réseau sociosanitaire au Québec	55
6. SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS	57
Recommandations au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec	57
Recommandations aux régies régionales de la santé et des services sociaux.....	59
Recommandations aux regroupements de femmes.....	60
ANNEXES :	
A : Liste des régions sociosanitaires du Québec	62
B : Questionnaire adressé aux régies régionales.....	63

C : Situation des répondantes et des comités aviseurs en condition de vie des femmes dans les régies régionales de la santé et des services sociaux.....	69
D : Questionnaire adressé aux participantes des groupes de discussion.....	72
E : Guides d'entrevue.....	75
 BIBLIOGRAPHIE.....	 80
 NOTES.....	 87

LISTE DES TABLEAUX

1	Critères de classement des régions pour les études de cas.....	14
2	Entrevues et groupes de discussion	18
3	Domaines d'activité des organismes communautaires dont sont issues les participantes aux groupes de discussion.....	27

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADS	Analyse différenciée selon les sexes
AFÉAS	Association féminine d'éducation et d'action sociale
CA	Conseil d'administration
CAR	Conférence administrative régionale (structure interministérielle régionale)
CESAF	Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium Université de Montréal
CFC	Condition féminine Canada
CH	Centre hospitalier
CLSC	Centre local de services communautaires
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CRD	Conseil régional de développement
CRSSS	Conseil régional de la santé et des services sociaux
CSF	Conseil du statut de la femme du Québec
DSP	Direction de la santé publique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PROS	Plan régional d'organisation des services
PSBE	Politique de la santé et du bien-être
PWHCE	Prairies Women's Health Centre of Excellence
RIOCM	Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal
ROCQ	Regroupement des organismes communautaires de Québec
RQASF	Réseau québécois d'action pour la santé des femmes
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
TROC ou	
CROC	Table régionale des organismes communautaires ou Coalition régionale des organismes communautaires

PRÉFACE

Une bonne politique gouvernementale est fonction d'une bonne recherche en matière de politiques. C'est pour cette raison que Condition féminine Canada a établi le Fonds de recherche en matière de politiques en 1996. Il appuie la recherche indépendante en matière de politiques sur des enjeux liés au programme gouvernemental qui doivent faire l'objet d'une analyse comparative entre les sexes. L'objectif visé est de favoriser le débat sur les enjeux liés à l'égalité des sexes et de permettre aux personnes, groupes, stratégestes et analystes de politiques de participer plus efficacement à l'élaboration des politiques.

La recherche peut porter sur des enjeux nouveaux et à long terme, ou sur des questions urgentes et à court terme dont l'incidence sur chacun des sexes requiert une analyse. Le financement est accordé au moyen d'un processus d'appel de propositions ouvert et en régime de concurrence. Un comité externe, non gouvernemental, joue un rôle de premier plan dans la détermination des priorités de la recherche, le choix des propositions financées et l'évaluation du rapport final.

Le présent document de recherche en matière de politiques a été suggéré et conçu dans le cadre d'un appel de propositions lancé en septembre 1999 sur le thème *Où sont les femmes? Changements des discours touchant les politiques*. Dans le cadre de ce thème, les chercheuses et les chercheurs devaient examiner les changements dans les discours de politique gouvernementale afin d'en prévoir les répercussions sur les enjeux liés à l'égalité entre les sexes et d'élaborer des stratégies pour faire en sorte que les discours prennent en compte et servent les intérêts des femmes.

Les projets de recherche financés par Condition féminine Canada portant sur ce thème examinent des sujets comme les discours sur les soins maternels en situation de crise, la pauvreté infantine, la réussite scolaire des garçons et des filles ainsi que les stratégies de promotion de l'égalité entre les sexes aux fins de la planification régionale.

Nous remercions les chercheuses et les chercheurs de leur apport au débat sur les politiques gouvernementales.

REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche tient à remercier d'abord les tables régionales des groupes de femmes qui ont généreusement accepté de collaborer à cette étude. Cette recherche n'aurait pas été possible sans la participation d'informatrices issues de groupes de femmes de différentes régions du Québec, notamment des femmes membres des comités aviseurs en condition de vie des femmes ou des conseils d'administration des régies régionales de la santé et des services sociaux, et de professionnel-les, cadres ou responsables en condition de vie des femmes dans ces mêmes régies. Nous les remercions chaleureusement

Nous voulons également souligner la précieuse contribution des membres du comité d'orientation du projet de recherche qui ont soutenu l'équipe de recherche de leurs avis et conseils judicieux et utiles tout au long de la démarche : Michèle Asselin de L'R des Centres de femmes du Québec, Mariangela Di Domenico, responsable de la région de Montréal au Conseil du statut de la femme du Québec, Jane Jenson, professeure titulaire en science politique à l'Université de Montréal, et Rose-Marie Mayetela, de l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux.

Nous remercions enfin les responsables du Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada d'avoir rendu possible cette étude.

- Jocelyne Bernier, professionnelle de recherche
- Marlène Dallaire, professionnelle de recherche
- Bilkis Vissandjée, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal

RÉSUMÉ

Différents échelons de gouvernement au Canada ont pris des engagements en matière de condition féminine et des outils ont été élaborés pour soutenir l'intégration d'une analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans l'élaboration et l'évaluation des politiques. Au Québec, le gouvernement a mis au point une stratégie d'implantation de l'ADS qui s'appuie sur des expériences pilotes réalisées notamment au ministère de la Santé et des Services sociaux. Toutefois, les politiques ministérielles qui touchent les conditions de vie des femmes ne trouvent pas toujours écho dans la planification régionale en santé et services sociaux et les conséquences néfastes des transformations du système de santé, sur les femmes de diverses conditions, ont été dénoncées par plusieurs regroupements de femmes. Comment comprendre cet écart entre des orientations et des politiques visant à tenir compte des différences entre les sexes et le peu de place qui leur est accordée dans l'organisation des services sociaux et de santé?

Cette étude exploratoire examine l'expérience de participation des groupes de femmes dans la planification régionale des services sociaux et de santé au Québec, dans le but de comprendre les difficultés et les succès dans leurs rapports avec les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS). Cet examen ne se limite pas aux consultations qui ont accompagné la production des plans régionaux d'organisation des services (PROS). Les engagements en matière de condition féminine inscrits dans les PROS pour la période 1998-2002 et la structure organisationnelle mise en place par les RRSSS pour assurer le suivi de la mise en oeuvre de ces engagements sont d'abord présentés. Quatre études de cas plus détaillées des dynamiques entre des regroupements régionaux de groupes de femmes et les RRSSS ont été réalisées. L'appréciation de ces dynamiques s'appuie notamment sur les perceptions d'intervenantes issues d'organismes qui oeuvrent auprès des femmes dans chaque région, de femmes représentantes du mouvement communautaire au sein des conseils d'administration des RRSSS, de cadres responsables de la planification ou des relations avec la population et de répondantes en condition de vie des femmes dans les RRSSS.

Une analyse descriptive-comparative de la situation dans chacune des régions retenues a permis :

- 1) de contraster les dynamiques intra-régionales;
- 2) de dégager des indices pour comprendre les différences observées dans la planification et la programmation des services au sein des RRSSS ayant fait l'objet des études de cas d'une part, et dans les interactions avec les groupes de femmes d'autre part;
- 3) d'examiner les ressemblances et les différences au niveau des processus mis en place dans chacune des RRSSS, pour tenir compte des préoccupations des groupes de femmes dans la planification et le suivi des PROS;
- 4) de formuler des recommandations sur les stratégies de promotion de l'égalité entre les sexes dans la planification régionale en santé et services sociaux, à l'intention du MSSS, des RRSSS et des regroupements régionaux de groupes de femmes.

Dans un contexte où le mouvement des femmes est très actif dans le domaine de la santé, des facteurs comme les structures organisationnelles, les ressources disponibles et les mécanismes de communication des RRSSS avec les différents groupes de femmes, ont aussi un effet significatif sur l'insertion des préoccupations des groupes de femmes et des besoins spécifiques des femmes dans la planification et l'organisation des services sociaux et de santé. L'analyse de l'expérience de participation des groupes de femmes dans la planification régionale en santé aboutit à deux types de recommandations :

- certaines ont trait à l'application de l'ADS dans la révision de la Politique de la santé et du bien-être et des Priorités nationales de santé publique, qui orientent la planification régionale, et à l'inscription d'engagements précis pour répondre aux besoins spécifiques des femmes dans les prochains PROS. La diffusion des résultats des expérimentations au MSSS sur l'application de l'ADS devrait s'accompagner d'un guide pratique en cours d'application de l'ADS à l'intention des responsables de la planification régionale en santé et services sociaux et d'une formation à l'intention des conseils d'administration et des professionnel-les des RRSSS.
- D'autres recommandations mettent en évidence la nécessité de doter les RRSSS de structures et de ressources afin d'assurer la coordination et le suivi des engagements inscrits dans les PROS, notamment des comités aviseurs et des répondantes en condition de vie des femmes rattachés aux directions générales des RRSSS. La contribution et l'expertise des groupes de femmes dans ces processus devraient également être reconnues par le versement d'une compensation pour les représentantes des groupes de femmes membres des comités aviseurs régionaux en condition de vie des femmes.

1. INTRODUCTION

Au cours de la dernière décennie, des préoccupations portées par le mouvement des femmes ont été inscrites dans certaines orientations, politiques ou programmes spécifiques mis en place par le gouvernement du Québec, notamment en matière de périnatalité en 1993, de violence conjugale et d'agressions sexuelles en 1995 et de dépistage du cancer du sein en 1998. Ces politiques visent à améliorer les services sociaux et de santé destinés aux femmes, en tenant compte de leurs conditions de vie et de leurs besoins spécifiques. Par contre, de plus en plus de groupes de femmes et d'analystes préoccupés par la promotion de l'égalité entre les sexes dénoncent les effets sur les femmes de la réforme du système de santé réalisée dans les 10 dernières années au Québec et dans d'autres provinces canadiennes (Armstrong et coll., 2001).

Au Québec, la Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux, qui réunit plusieurs groupes de femmes, organismes communautaires et syndicats, observe que : « le virage ambulatoire¹, ce sont les femmes qui en ont payé et continuent d'en payer le prix, comme usagères, comme aidantes et bénévoles et comme travailleuses...[c'est un] retour en force de l'idéologie familialiste, [une] avancée de la privatisation [et un] recul de la démocratisation » (Coalition féministe, 1998, p. 74-75). Pour sa part, le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes constate que : « la majorité des politiques en santé des femmes... sont peu ou pas connues. Elles sont mal publicisées, peu vulgarisées ou non appliquées. De plus, la concrétisation de ces politiques par des services est souvent absente ou invisible » (RQASF, 1999, p. 15).

Comment s'explique cet écart entre, d'une part, des politiques visant à répondre aux besoins spécifiques des femmes en matière de santé et, d'autre part, les effets néfastes de la réforme du système de santé qui tendent à accentuer les inégalités entre les sexes? Divers réseaux de groupes de femmes sont d'avis que la réalisation des engagements pris par les deux échelons de gouvernement, fédéral et provincial, lors de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes de Beijing en 1995, à l'effet d'intégrer l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans l'élaboration et l'évaluation des politiques, se fait toujours attendre dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Au Québec, le MSSS s'est doté d'*Orientations en matière de condition féminine* (Québec, MSSS, 1991) pour la période 1992-2000 et d'un *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes* (Québec, 1998) avant d'élaborer les plans régionaux d'organisation des services (PROS), dont la mise en oeuvre relève des RRSSS et qui couvrent la période 1998-2002². En 1997, le MSSS a également amorcé un projet pilote visant l'intégration progressive de l'ADS dans les orientations et politiques ministérielles en ce qui concerne les services aux personnes âgées en perte d'autonomie, projet qui se termine en 2003.

Malgré les orientations énoncées et les démarches en cours au niveau du ministère, les PROS présentent un portrait disparate en ce qui concerne la considération des conditions

de vie des femmes et les réponses à leurs besoins spécifiques. L'analyse des processus de planification et de suivi des PROS peut-elle contribuer à la compréhension de cet écart entre certaines des orientations ministérielles et l'organisation des services dans les régions? Quel bilan tirer de l'expérience de participation d'intervenantes issues des groupes de femmes, à ces processus?

Le but de cette étude exploratoire est d'examiner les difficultés et les succès des regroupements régionaux de groupes de femmes dans leurs rapports avec les RRSSS. Une analyse des PROS et de la structure organisationnelle de 16 des 18 RRSSS, en regard du dossier de condition féminine, est d'abord présentée; ces premières observations sont complétées par une étude des dynamiques dans quatre régions qui se distinguent les unes des autres sous ces deux aspects. L'analyse de ces expériences sert d'assise à l'identification de pistes d'action pouvant soutenir l'intégration des besoins particuliers des femmes dans la planification régionale en santé et services sociaux. Des recommandations s'adressant aux différentes parties concernées sont présentées en conclusion.

2. CONTEXTE

La régionalisation de l'organisation des services sociaux et de santé

Au Québec, le réseau public de la santé et des services sociaux a été établi au début des années 1970³. La réorganisation des services, inspirée du rapport de la Commission Castonguay-Neveu (1966-1971), s'est caractérisée par une association systématique des services de santé avec les services sociaux, la création d'un ministère des Affaires sociales et l'attribution d'importants pouvoirs au ministre en vue d'assurer une accessibilité universelle aux services et de rationaliser le fonctionnement du système (Bergeron et Gagnon, 1994). La régionalisation et la participation de la population sont apparues alors comme des moyens importants pour améliorer la qualité et l'efficacité des services (Turgeon et Anctil, 1994; Laterrière et Voyer, 1995). Des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) ayant un mandat consultatif ont ainsi été créés dès 1971 et la porte a été ouverte partiellement à la participation de la population dans l'administration des établissements et des organismes régionaux du réseau public de la santé et des services sociaux.

Au cours des années 1980, le système de santé et de services sociaux a dû s'ajuster à de nombreuses transformations dans la société. Les progrès techniques, l'évolution démographique, la croissance de l'immigration et de la diversité ethnoculturelle, la disponibilité accrue de l'information sur la santé et le développement de nouvelles valeurs favorisant le maintien de personnes fragiles dans leur milieu ont exigé une adaptation des services à des besoins de plus en plus diversifiés. Ces changements, de même que de graves problèmes de gestion, ont contribué également à remettre en question la planification centralisée du système de santé. Par ailleurs, des analyses ont montré que les conditions de vie ont une incidence plus forte sur l'état de santé de la population que l'organisation des services sociosanitaires et que l'amélioration de la santé n'est pas liée nécessairement à l'augmentation du coût du système de soins (Evans et Stoddart, 1990; Evans, Barrer et Marmor, 1994). L'endettement des pays occidentaux et la croissance des dépenses consacrées à la santé sont devenus un enjeu politique dans les années 1990 d'autant plus au Canada, où le système de santé accapare une part de la richesse collective plus élevée que dans d'autres pays industrialisés (Contandriopoulos, 1991; Deber et Swan, 1998).

C'est dans ce contexte⁴ qu'une autre réforme du système de santé et de services sociaux s'est amorcée au début des années 1990, dans la foulée du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon)⁵. La Commission a conclu notamment à l'échec de la démocratisation du système de santé québécois et elle a proposé de renforcer la participation de la population aux mécanismes décisionnels. Elle recommandait, entre autres, la décentralisation accrue des décisions en faveur des régies régionales avec un pouvoir de taxation et l'élection des dirigeants, mais ces deux derniers points n'ont pas été retenus par le gouvernement du Québec.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* adoptée en 1991 a créé 18 RRSSS pour remplacer les CRSSS⁶. En vertu de la Loi, les RRSSS ont le mandat :

- 1) d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public...
- 2) d'élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de leur région...
- 3) d'établir des plans d'organisation des services et d'évaluer l'efficacité des services dans leur territoire...
- 4) d'allouer les budgets destinés aux établissements et les subventions aux organismes communautaires...
- 5) d'assurer la coordination des activités des médecins...des établissements et des organismes communautaires...
- 6) de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
- 7) d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à leur disposition. (Québec, L.R.Q., chap. S-4.2, art. 340).

Cette loi instituait des assemblées régionales composées de membres provenant de divers collèges électoraux, permettant ainsi aux établissements publics, aux municipalités, aux organismes communautaires, aux organismes socio-économiques et autres groupes intéressés d'exprimer leurs attentes et d'avoir voix au chapitre dans les décisions de la RRSSS. Les assemblées régionales étaient chargées d'élire, tous les trois ans, les membres des conseils d'administration des RRSSS et d'approuver les priorités régionales de même que les rapports annuels d'activités des RRSSS. Les assemblées régionales n'ont vécu que quelques années : elles ont été abolies en juin 1996.

Les RRSSS doivent élaborer et mettre en oeuvre les PROS en collaboration avec les établissements et les organismes communautaires ainsi qu'avec les représentants des secteurs d'activités ayant un impact sur la santé (Québec, L.R.Q., chap. S-4.2, art. 346). Toutefois, l'initiative des régies régionales dans la planification des services sociaux et de santé est encadrée par la *Politique de la santé et du bien-être* adoptée en 1992; de plus, les grandes orientations financières sont décidées par le MSSS et les PROS doivent être soumis à l'approbation du ministre. Le Ministère conserve donc ses pouvoirs d'élaboration des politiques et de réglementation (Turgeon et Anctil, 1994).

C'est dans ce contexte que les RRSSS ont préparé leurs premiers PROS, pour la période 1995-1998, avec l'objectif d'atteindre les cibles budgétaires fixées par le MSSS. Les premières planifications régionales centrées sur la restructuration du réseau public de santé et de services sociaux ont été suivies d'une deuxième phase visant à consolider les transformations au cours de la période de 1998 à 2002⁷.

Les conséquences de la réforme du système de santé pour les femmes

La réforme des systèmes de santé dans l'ensemble des provinces canadiennes et dans divers pays développés revêt plusieurs traits communs visant à transformer les modes d'organisation des services afin de réduire les dépenses publiques. Bien que des différences subsistent dans l'organisation du système de santé de chaque province au Canada, régionalisation des structures et compressions des dépenses sont deux axes majeurs de la réforme des systèmes de santé amorcée au cours des années 1990. Le cadre financier est en bonne partie imposé par la réduction du financement fédéral en santé, dont les premiers jalons ont été posés en 1982, mais qui s'est accélérée avec une diminution majeure des paiements de transferts aux provinces au milieu des années 1990⁸.

Le gouvernement québécois, qui réclame un rétablissement des paiements de transferts fédéraux, a sabré le financement public du système de santé. Le budget du gouvernement québécois en matière de santé et de services sociaux est passé de 13,17 milliards de dollars en 1994-1995 à 12,61 milliards de dollars en 1997-1998, au moment où débutent les planifications régionales examinées dans cette étude. Cette baisse correspond à une diminution des dépenses publiques annuelles par personne de 1 692 dollars à 1 608 dollars, alors que la moyenne canadienne est estimée à 1 821 dollars en 1997-1998. Sur une plus longue période, on constate que le Québec a réduit la part du financement public dans la santé et les services sociaux de 81,5 p. 100 en 1980 à 69,1 p. 100 en 1998, réalisant ainsi la triste performance de passer de la portion de financement public la plus forte parmi les provinces canadiennes en 1980 à l'une des plus faibles en 1998 (Bernier et Dallaire, 2000). Faut-il s'étonner que les femmes, qui gagnent moins que les hommes et qui consultent davantage les services de santé, sont particulièrement affectées par ces compressions?

La réforme du système de santé implantée au Québec au cours des années 1990 est appelée « virage ambulatoire »; elle met l'accent sur des approches alternatives au traitement en institution avec l'augmentation des chirurgies d'un jour, l'accroissement des services ambulatoires, la réduction de la durée des séjours hospitaliers, le transfert de soins vers le milieu de vie et le maintien à domicile de personnes qui ont des incapacités plus graves (Québec, MSSS, 1994). Elle a pour but de favoriser l'intégration et la complémentarité des services et de promouvoir la concertation entre les établissements, avec en toile de fond l'objectif d'améliorer l'efficacité du réseau dans son ensemble. Alors que le Québec accusait un retard sur ce plan comparativement aux autres provinces canadiennes, ce « virage » a été négocié à haute vitesse et dans un contexte de contraintes financières, sans réinvestir suffisamment dans les services à domicile (Bernier et Dallaire, 2000).

Cette réforme est souvent présentée comme neutre du point de vue des rapports entre les sexes. Toutefois, plusieurs travaux, tant au Canada et qu'à l'étranger, ont montré que la non-reconnaissance des différences entre les femmes et les hommes a eu des effets négatifs sur la situation de plusieurs femmes qui utilisent et qui dispensent les soins dans le réseau public, dans les services privés, dans le milieu communautaire ou dans la famille. La réforme cause une détérioration des conditions de vie de nombreuses femmes et marque un recul au plan de

l'égalité entre les sexes (Armstrong, 1996, 1999; Coalition féministe, 1998; AFÉAS et coll., 1998; CSF, 1999; Bernier et Dallaire, 2000; Armstrong et coll., 2001).

Le transfert des responsabilités vers le domicile privé, qui découle des changements dans l'organisation des services, modifie de façon significative les rapports entre l'État, le réseau public, les services communautaires, les producteurs privés de services et les soins informels assurés essentiellement par les femmes dans la famille (Standing, 1999; Broom, 1999). En effet, avec la division des rôles sociaux entre les sexes, les femmes assument la majeure partie des soins aux personnes malades ou vivant avec des incapacités. À la suite des changements qui ont touché le réseau de la santé, plusieurs femmes assument des soins de plus en plus lourds et complexes auprès de leurs proches et elles portent un fardeau supplémentaire lorsque les mesures de soutien ou les alternatives concrètes à la prise en charge familiale ne sont pas organisées (AFÉAS et coll., 1998).

De plus, les compressions ainsi que les fusions et restructurations ont entraîné d'importantes coupures de personnel dans le réseau sociosanitaire, composé en grande majorité de femmes. Ces mesures ont bousculé les pratiques de soins, exacerbant l'instabilité, l'insécurité et l'épuisement dans les milieux de travail (Bourbonnais et coll., 1998; CSF, 1999). Les employés et les bénévoles actives dans les organismes communautaires du secteur de la santé et des services sociaux, où l'on retrouve également une majorité de femmes, doivent répondre à des demandes de services plus nombreuses et complexes provenant de personnes délaissées par des services publics débordés (ROCQ-03, 1997; AFÉAS et coll., 1998; RIOCM, 1998).

Par ailleurs, certaines conséquences de ce changement dans l'offre de services diffèrent selon les caractéristiques personnelles des femmes, leurs conditions de vie, leur âge, leur lieu de résidence, leur appartenance culturelle, etc. Par exemple, les enjeux concernant l'accessibilité des services sociaux et de santé sont plus accentués pour les femmes qui habitent les régions rurales éloignées des grands centres urbains (pénurie de médecins, problèmes de transport, etc.). La détérioration de la qualité des soins touche particulièrement les femmes âgées et les femmes handicapées qui vivent à domicile ou dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée. Enfin, l'adéquation des services aux besoins particuliers et aux valeurs de femmes issues de diverses communautés ethnoculturelles ou de groupes marginalisés est plus difficile à réaliser en période de réduction des ressources.

Les effets du virage ambulatoire sur les femmes soulèvent des questions sur la planification de l'organisation des services. Comment les besoins spécifiques des femmes sont-ils pris en compte dans les PROS? Quelles sont les contraintes des RRSSS dans leurs démarches de planification? Quelles étaient les interactions entre les régies régionales et les organismes qui interviennent sur les enjeux concernant les conditions de vie des femmes dans les régions?

L'analyse différenciée selon les sexes et la planification régionale en santé

L'analyse critique des politiques et programmes gouvernementaux, afin d'identifier s'ils répondent aux besoins spécifiques des femmes et s'ils perpétuent ou accentuent les inégalités entre les hommes et les femmes, est pratiquée par les féministes depuis quelques décennies. L'« analyse comparative entre les sexes » et l'« analyse différenciée selon les sexes » (ADS) sont des expressions d'usage plus récent. Elles sont utilisées surtout par rapport aux démarches initiées au sein des appareils gouvernementaux dans le but d'intégrer une perspective tenant compte des inégalités entre les sexes dans l'analyse des politiques⁹. Diverses initiatives en ce sens sont menées par le gouvernement fédéral et certaines provinces canadiennes, dont le Québec, notamment depuis les engagements en faveur de la promotion des droits des femmes pris lors de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes tenue à Beijing en 1995¹⁰.

Au gouvernement fédéral, il incombe à Condition féminine Canada (CFC) de promouvoir l'instauration d'une démarche d'analyse comparative entre les sexes; il a produit un guide d'intégration de cette analyse au processus d'élaboration des politiques, avec un outil relativement complexe comprenant huit étapes (Canada, CFC, 1996). Ce guide a été repris ou adapté par différents ministères, dont Santé Canada qui a préparé une *Stratégie pour la santé des femmes* (Canada, 1999). L'analyse comparative entre les sexes y est définie comme « un processus qui évalue les répercussions différentes des politiques, mesures législatives et programmes existants ou proposés sur les femmes et les hommes [et]... permet de mettre en place une politique tout en étant conscient des différences selon le sexe, de la nature des rapports entre les femmes et les hommes, de leurs réalités sociales, attentes et conditions économiques différentes. » (Canada, CFC, 1996, p. 4).

L'approche du gouvernement du Québec diffère quant à son orientation et à sa stratégie d'implantation, même si les deux niveaux de gouvernement poursuivent des objectifs semblables. Le gouvernement du Québec a adopté en 1993, une *Politique en matière de condition féminine* (Québec, 1993) avec un horizon de réalisation de 10 ans et des plans de mise en oeuvre établis sur une base triennale. Dans le cadre de son *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises* (Québec, 1997a), le gouvernement québécois a présenté un projet d'analyse différenciée selon les sexes¹¹. La stratégie d'implantation, initiée par le Secrétariat à la condition féminine, relève d'un comité interministériel¹² et vise à mobiliser progressivement l'ensemble de l'appareil gouvernemental par des expériences pilotes. Cette démarche d'intégration de l'ADS dans les pratiques de l'appareil gouvernemental est un travail de longue haleine.

Dans le *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises*, l'ADS est définie comme « un processus qui vise à discerner de façon préventive, au cours de la conception et de l'élaboration d'une politique, d'un programme ou de toute autre mesure, les effets distincts que pourra avoir son adoption par le gouvernement sur les femmes et les hommes ainsi touchés, compte tenu des conditions socio-économiques qui les caractérisent » (Québec, 1997a, p.15). L'ADS y est présentée comme une approche génératrice de solutions en matière d'égalité entre les hommes et les femmes, reconnaissant que les politiques et programmes ne sont pas neutres et peuvent contribuer à reproduire les inégalités

systemiques entre les sexes. Son utilisation vise à favoriser non seulement une égalité de droit, mais surtout une égalité de fait entre les femmes et les hommes, ce qui peut conduire à l'élaboration de programmes spécifiques pour répondre aux réalités particulières de l'un ou l'autre sexe.

L'ADS met en perspective les rapports sociaux entre les sexes en tant que déterminant clé qui influence les conditions de vie, les facteurs de vulnérabilité, l'exposition à certains risques, l'utilisation des services, la réponse sociale des proches et des professionnels du réseau sociosanitaire aux besoins exprimés ainsi que la contribution des femmes dans la prestation des soins formels et informels. L'utilisation de données démographiques ou statistiques ventilées selon le sexe, bien que nécessaire, n'assure pas en soi l'application de l'ADS. L'ADS requiert de dépasser les seules comparaisons de données brutes pour examiner les conditions spécifiques aux femmes et aux hommes et pour identifier les problématiques qui affectent leur santé, afin d'y accorder l'attention nécessaire dans l'organisation des services et dans le choix des priorités, en vue de réduire les inégalités entre les hommes et les femmes (Broom, 1999; Standing, 1999).

Pour rendre compte de la diversité des situations que vivent les femmes, l'ADS doit ainsi considérer d'autres sources d'inégalités que le sexe, notamment la situation socio-économique, l'âge, les incapacités ou le lieu de résidence qui modulent l'état de santé et l'accès aux services (Zambrana, 1988; Standing, 1997; Teghtsoonian, 1999; Rankin et Vickers, 2001). La diversité des situations vécues par les femmes, qu'elle soit liée à la classe sociale, à l'orientation sexuelle ou aux spécificités régionales, culturelles, ethniques ou religieuses, rend l'application de l'ADS relativement complexe.

Dans le cadre de la démarche gouvernementale en condition féminine, le MSSS s'est doté d'*Orientations en matière de condition féminine 1992-2000* (Québec, MSSS, 1991). Il a également produit un *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes* (Québec, 1998), qui correspond, en bonne partie, à la période de planification 1998-2002 dans les RRSSS.

Dans le cadre de la stratégie gouvernementale d'implantation de l'ADS, le MSSS mène un projet pilote avec l'élaboration de lignes directrices pour les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, projet qui se terminera en 2003. Les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* (2000a) reconnaissent effectivement la situation plus délicate des femmes âgées et mentionnent le soutien aux proches dans la gamme de services à offrir (Québec, MSSS, 2000). Cependant, en pratique, le Québec reste toujours la province canadienne qui alloue le moins de ressources aux services de soutien à domicile, laissant en grande partie le fardeau aux proches, des femmes en grande majorité.

Par ailleurs, le Conseil du statut de la femme du Québec a manifesté dès 1995 ses préoccupations quant à l'intégration des femmes et des dossiers de condition féminine dans les structures des régies régionales (Québec, CSF, 1995a, 1995b). L'ajout en 1997 d'une cinquième orientation à la politique en matière de condition féminine du gouvernement du Québec, intitulée *La place des femmes dans le développement des régions* (Québec, 1997b)

visait à renforcer l'application de la politique en matière de condition féminine dans le cadre de la régionalisation et invitait les instances régionales à adopter des mesures pour assurer la représentation des femmes dans l'analyse des besoins et la prise de décisions. Trois mécanismes sont proposés pour actualiser cette orientation : la mise en place de structures et de ressources en matière de condition féminine dans les institutions régionales (commissions, comités consultatifs, responsables de la coordination des dossiers de condition féminine); l'implantation de l'ADS dans les processus d'élaboration et d'évaluation des politiques; et le recours actif à « l'expertise régionale en matière de conditions de vie des femmes » détenue par les groupes de femmes locaux et régionaux (Québec, 1997b, p. 22-23).

Les groupes de femmes qui travaillent constamment sur le terrain avec les femmes de divers milieux jouent un rôle clé dans l'identification des besoins des femmes et la compréhension des effets spécifiques de certaines politiques sur les femmes. Toutefois, certains groupes soulèvent des inquiétudes particulières à l'idée de s'associer à cette démarche d'implantation de l'ADS : « L'ADS étant un outil de gestion, les groupes redoutent son impact sur leur autonomie par rapport à l'appareil étatique » (Kurtzman et de Sève, 2001, p.17); ils craignent d'être amenés à assumer « un rôle de sous-gestionnaires » qui requiert un niveau de connaissance et un outillage statistique qu'ils ne maîtrisent pas et qui drainent leurs ressources limitées pour répondre aux demandes d'expertise qui leur sont faites. De plus, en période de compressions budgétaires, certaines militantes redoutent que l'utilisation de l'ADS ne serve à réduire les fonds disponibles pour les projets destinés spécifiquement aux femmes au profit d'une redistribution vers des programmes destinés à une clientèle mixte ou uniquement masculine (Kurtzman et de Sève, 2001). Par exemple, certaines RRSSS ont proposé d'utiliser des fonds alloués aux services destinés aux femmes victimes de violence conjugale pour développer des ressources d'intervention auprès des hommes violents¹³.

L'examen des PROS de 1998-2002 soulève des questions quant aux répercussions des orientations mises de l'avant au niveau des instances centrales du MSSS durant la même période. On peut également se demander si l'inscription d'une section traitant des conditions de vie des femmes dans certains PROS ne relèverait pas davantage des pressions exercées par les regroupements régionaux des groupes de femmes, tout comme des politiques sectorielles répondant à des besoins particuliers des femmes ne sont pas étrangères aux pressions exercées par le mouvement des femmes, notamment la Marche des femmes contre la pauvreté « Du pain et des roses » de 1995.

La participation des groupes de femmes dans les structures régionales

Durant les années 1990, le Conseil du statut de la femme (CSF) du Québec a fait diverses recommandations au MSSS concernant la participation des femmes et des groupes de femmes aux régies régionales (CSF, 1989, 1995a, 1995b). Le *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes* du MSSS (Québec, 1998) insiste également sur l'importance pour les Québécoises d'investir les lieux de décision dans les régions pour veiller que les choix collectifs tiennent compte des réalités différentes des femmes et des hommes.

Des regroupements régionaux de groupes de femmes se sont formés dans toutes les régions du Québec à partir du milieu des années 1980, pour rassembler les groupes de femmes autour de réflexions et d'actions à caractère régional. Ils « rassemblent en un même forum une variété de groupes locaux et régionaux qui aspirent, en principe et malgré les difficultés de la pratique, à un idéal de démocratie de participation. Établies autour de différents enjeux ayant trait aux conditions de vie et de travail des femmes, ces organisations cumulent un ensemble de connaissances et de pratiques diversifiées » (Masson, 2001, p. 101). Ces regroupements sont bien placés pour agir comme interlocuteurs des RRSSS dans la planification régionale en matière de santé, bien-être et conditions de vie des femmes.

Les RRSSS ont créé divers lieux de concertation avec les groupes de femmes qui détiennent une expertise au sujet des besoins particuliers des femmes. Dans plusieurs régions du Québec, il existe un comité aviseur sur les conditions de vie des femmes, une table de concertation régionale sur la violence et des comités de travail sur le cancer du sein. De façon générale, les groupes de femmes participent activement aux partenariats avec le réseau de la santé et des services sociaux (Latérière et Voyer, 1995; Couillard et Côté, 1997; Fournier et coll., 2001). Au sein du mouvement communautaire, les groupes de femmes sont les plus nombreux à consacrer plus de jours par mois aux activités de concertation, que ce soit dans les relations avec le réseau sociosanitaire, dans les coalitions au sein du mouvement communautaire ou dans les échanges entre groupes de femmes aux niveaux local, régional et national : 26,6 p. 100 des groupes de femmes y consacrent cinq jours et plus par mois (Fournier et coll., 2001). Ces auteurs ajoutent : « Comme le démontre l'analyse des dynamiques régionales... le fait que plusieurs priorités des régies régionales rejoignent les préoccupations des groupes de femmes favorise le recours à leur compétence » (Fournier et coll., 2001, p. 119). Cette participation crée une pression sur les groupes de femmes qui disposent de ressources limitées, surtout si elle ne s'accompagne pas de mesures de compensation ou de reconnaissance de leur contribution. Latérière et Voyer (1995) observent que la participation à des instances régionales a des effets sur les groupes de femmes, notamment une certaine hiérarchisation des groupes et une tendance à la spécialisation, à cause des conditions difficiles d'une participation exigeante et non rémunérée dans les structures régionales.

Depuis l'instauration des RRSSS, diverses études ont analysé les conditions de participation sous l'angle de la démocratisation du système de santé ou des rapports entre le milieu communautaire et le réseau public, ou les deux (Lamoureux, 1994; Forest, Bryson et Lorion, 1994; Couillard et Côté, 1997; Tremblay, 1999; Forest et coll., 2000). Lamoureux, qui a examiné l'expérience de planification en santé mentale au niveau régional, considère que « la planification partenariale dans ce domaine recèle des potentialités d'élargir l'espace démocratique » tout en soulignant le danger de récupération du dynamisme communautaire par l'État (Lamoureux, 1994, p. 197). Par ailleurs, des chercheurs ont conclu que la participation aux instances décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux déplace les débats vers des enjeux administratifs plutôt que politiques et renforce l'appareil technocratique (Godbout, 1991; Tremblay, 1999).

Plusieurs femmes ayant été membres de conseils d'administration des RRSSS ont constaté la difficulté de faire entendre leurs préoccupations, surtout dans le contexte de réductions des dépenses. Un bilan de cette expérience réalisé par l'R des Centres de femmes du Québec montre que les femmes consultées se sont senties captives d'une approche par « programmes-clientèles », encadrée dans des « continuums de services » qui reflète une vision technocratique de l'organisation des services. Le « choc des cultures » entre une approche féministe et communautaire, prônée par plusieurs groupes de femmes, et une approche de type épidémiologique ciblant les clientèles vulnérables, laquelle est préconisée dans la planification sociosanitaire, est mis en évidence dans ce bilan (L'R des Centres de femmes du Québec, 1997). L'approche globale des groupes de femmes va à contre-courant des tendances lourdes en gestion des services sociaux et de santé.

Les critiques exprimées par les groupes de femmes au sujet des effets de la réforme du système sociosanitaire sur la santé et les conditions de vie des femmes questionnent la prise en compte des besoins des femmes dans la planification régionale: « l'évolution des services au cours des dernières années, les compressions budgétaires, les fusions d'établissements, le “virage ambulatoire” ont exercé une pression importante sur la nature des délibérations et des débats qui ont été menés au sein des diverses instances de participation. Ces impératifs économiques en aucun temps ne pouvaient être remis en cause par les établissements et les régies régionales mandatées pour exécuter les ordres ministériels » (Tremblay, 1999, p. 123). L'espace de participation de la population à l'administration du système de santé se restreint de plus en plus. Enfin, le fait que le caractère pluraliste de la société se reflète rarement dans la participation aux consultations et aux instances de décision dans le réseau sociosanitaire est peu développé dans ces analyses sur les modes de participation dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Notre examen de l'expérience de participation de femmes à la démarche de planification des RRSSS ne se limite pas aux consultations qui ont alimenté la production des différents PROS. En effet, l'implantation des politiques sociosanitaires dans la programmation régionale s'inscrit dans un processus de mise en oeuvre et d'ajustement quasi continu qui dépasse la démarche spécifique d'élaboration et d'approbation de ces PROS et trouve écho aux séances du conseil d'administration de la RRSSS et dans divers comités consultatifs. Divers facteurs, tels que les ressources disponibles, les structures organisationnelles dans les RRSSS et leurs modes de communication avec les différents groupes de femmes, peuvent avoir un effet significatif sur l'insertion des demandes des femmes et des groupes de femmes dans les planifications régionales en santé et services sociaux.

3. MÉTHODOLOGIE

Cette étude a été développée et réalisée avec des partenaires communautaires, notamment l'R des centres de femmes du Québec et l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS), et avec la collaboration d'une responsable régionale du Conseil du statut de la femme du Québec, formant avec l'équipe de recherche un comité d'orientation du projet. Ce comité d'orientation a été consulté sur le devis de la recherche, sur les instruments et les modes de collecte de données à chacune des étapes de l'étude, sur le choix des régions du Québec ayant fait l'objet d'une étude de cas, sur les critères de sélection des participantes aux groupes de discussion, sur le plan d'analyse et sur la formulation des recommandations. La présence soutenue et la diversité des membres du comité d'orientation ont été essentielles pour assurer une certaine pertinence au développement et à la réalisation de cette recherche en regard de l'expérience et des préoccupations de femmes et de groupes de femmes qui interviennent dans divers milieux. Enfin, en ce qui concerne les aspects éthiques de la recherche, le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal a approuvé la procédure et les outils de collecte des données.

Le but de cette recherche exploratoire est d'examiner la participation de groupes de femmes à la consultation et au suivi des PROS pour la période 1998-2002, afin de mieux comprendre les difficultés et les embûches, mais aussi les succès, qui ont marqué leurs rapports avec les RRSSS. Cet examen fait ressortir les leviers et les obstacles au développement de programmes qui répondent aux besoins spécifiques des femmes et qui contribuent à réduire les inégalités entre les sexes. L'une des retombées attendues de cette étude est de soutenir les efforts pour inscrire dans les PROS à venir des engagements précis en matière de promotion de l'égalité entre les sexes.

La collecte des données

La collecte des données s'est déroulée en trois étapes, de mai 2000 à juin 2001. Des répondantes et répondants des RRSSS ont rempli un bref questionnaire sur les pratiques de planification et de consultation utilisées dans la préparation des PROS pour la période 1998-2002 et sur les responsabilités dans la structure organisationnelle concernant le suivi du dossier de la condition de vie des femmes. Les PROS ont ensuite été analysés afin de voir comment les politiques du MSSS en matière de condition féminine s'y reflètent. Dans certains cas, des documents complémentaires concernant le suivi du PROS et le mandat de la responsable et du comité en condition de vie des femmes ont également été examinés. Ces étapes ont permis de recueillir de l'information sur 16 des 18 régions régionales de la santé et des services sociaux au Québec¹⁴ concernant les engagements en matière de santé des femmes inscrits dans les PROS et les responsabilités dans la structure organisationnelle sur la mise en oeuvre de ces engagements.

Dans un troisième temps, des groupes de discussion ou des entrevues individuelles ont été menés dans quatre régions du Québec, sur les perceptions de femmes représentant le milieu communautaire au conseil d'administration des régions régionales et de représentantes de

groupes de femmes, quant aux processus de planification et de concertation en matière de condition de vie et de santé des femmes. Enfin, des entrevues ont également été faites auprès de responsables de la planification ou de la consultation dans les régies régionales, et auprès de professionnelles répondantes en matière de condition féminine, lorsqu'un tel poste existait.

Les régions retenues par le comité d'orientation se différencient par deux aspects : la diversité des modes de consultation de la population et de communication avec les groupes de femmes ainsi que la structure interne assurant le suivi du dossier de la condition féminine.

Le questionnaire adressé aux régies régionales de la santé et des services sociaux

Une première collecte d'information a été réalisée auprès de 16 des 18 RRSSS du Québec. Un questionnaire (reproduit à l'annexe B) adressé aux directions générales portait d'une part sur les démarches de planification et de consultation utilisées dans la production des PROS 1998-2002 et, d'autre part, sur les responsabilités dans la structure organisationnelle en regard du mandat de la condition de vie des femmes, notamment l'existence ou non d'une répondante en condition féminine ou d'un comité aviseur sur les conditions de vie des femmes. Ce questionnaire nous a été retourné par les RRSSS avec les PROS de 1998-2002, un organigramme et, le cas échéant, la liste des personnes ou organismes ayant participé aux consultations dans la région. De plus, neuf régies ont fourni des documents concernant la fonction de répondante en condition de vie des femmes ou le mandat d'un comité aviseur en condition féminine.

La sélection de quatre régions pour les études de cas

Les documents susmentionnés ont été analysés pour classer les régies régionales en fonction des critères suivants : 1) les modalités de planification et de consultation de la population dans l'élaboration des PROS (Forest et coll., 2000); et 2) la présence ou l'absence d'une répondante ou d'un comité aviseur en condition de vie des femmes. Le temps consacré au dossier de la condition de vie des femmes par la répondante et son rattachement dans les structures décisionnelles de la RRSSS, ainsi que celui du comité aviseur en condition de vie des femmes, ont aussi été considérés pour raffiner l'application de ce dernier critère.

Le classement des RRSSS en fonction de ces critères a servi de base à la sélection de quatre régions ayant servi d'études de cas. Toutefois, l'application des critères retenus s'est avérée plus complexe que prévu. Les modalités de planification et de consultation font intervenir une diversité de processus et de moyens qui peuvent être liés soit aux orientations des RRSSS, soit aux ressources disponibles, soit aux caractéristiques de chaque région. Cet aspect a été considéré dans le classement des régions car les processus et les moyens utilisés par les RRSSS sont liés aux dynamiques régionales. Les démarches de consultation des RRSSS diffèrent dans les régions urbaines, à forte densité avec une population aux origines culturelles diverses et les régions périphériques, dont le territoire est plus étendu avec une population plus homogène où les dynamiques s'organisent souvent autour d'entités locales (municipalités régionales de comté, territoires de CLSC).

Tableau 1 : Critères de classement des régions pour les études de cas

<p>Modalités de planification et de consultation de la population</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variété des outils de diffusion d'information à la population • Variété des outils d'évaluation des besoins prioritaires de la région • Variété des mécanismes de consultation des partenaires • Variété des approches de consultation de la population • Variété des mécanismes de facilitation de la participation • Rôle du conseil d'administration dans le processus de planification et de consultation
<p>Structure organisationnelle en regard du dossier de la condition féminine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence ou absence d'une répondante en condition féminine • Pourcentage du temps alloué aux dossiers concernant la condition de vie des femmes • Présence ou absence d'un comité aviseur en condition de vie des femmes • Niveau décisionnel de rattachement de la répondante et du comité aviseur dans la structure de la RRSSS, le cas échéant • Fréquence des contacts avec des regroupements et groupes de femmes

Parmi les quatre régions retenues, la région A a une population relativement homogène au plan de l'origine culturelle; elle compte un grand centre urbain entouré d'un vaste secteur rural; la région B est une région productrice de ressources, éloignée des grands centres, où les agglomérations sont éloignées les unes des autres; la région C comprend un grand centre urbain avec une population diversifiée au plan des origines culturelles et une concentration de services spécialisés; enfin, la région D se situe dans la ceinture urbaine d'un grand centre où la population est relativement diversifiée et en croissance rapide (voir le tableau 2). Il est à noter que les régions ne sont pas nommées pour respecter les recommandations du comité d'éthique.

En ce qui concerne l'organisation et les ressources internes consacrées au dossier de la condition féminine, mentionnons que les RRSSS des régions A et B ont indiqué avoir une répondante et un comité aviseur en condition de vie des femmes; dans les RRSSS des régions C et D, les réponses au questionnaire ont indiqué qu'il n'y a ni répondante, ni comité aviseur. Toutefois, dans la région C, la situation a changé alors que l'étude était en cours.

Au moment de la prise de contact avec les RRSSS des quatre régions retenues, une première démarche a consisté à confirmer que l'information ayant servi à la sélection des régions n'avait pas changé. Ainsi, une région retenue au départ a dû être reclassée car certains renseignements contenus dans le questionnaire rempli par la RRSSS n'ont pu être corroborés lors de la prise de contact. L'information provenant des groupes de femmes et de l'informateur de la RRSSS révélait une situation très instable en ce qui concerne la fonction de répondante en condition de vie des femmes. Or nous voulions, pour les études de cas, que deux régions soient caractérisées par la présence d'une répondante en condition de vie des femmes et que deux autres régions soient caractérisées par l'absence d'une telle répondante au sein de la RRSSS¹⁵.

Les entrevues individuelles

Les responsables des processus de planification ou de consultation

Dans chacune des quatre RRSSS, des entrevues individuelles ont été menées auprès des cadres désignés par la direction générale comme responsables de la planification ou de la

consultation, ou les deux, concernant leur PROS de 1998-2002. Il s'agissait, dans la région A, du directeur-général adjoint; dans deux autres régions (B et C), de responsables des communications et des relations avec la communauté, et dans la région D, du coordonnateur de la planification-développement de la direction de santé publique. Dans la région B, la responsable des communications était accompagnée, au moment de l'entrevue, par deux cadres de son organisation, l'une de la direction de santé publique et l'autre de la direction des programmes et services.

Les entrevues ont porté sur les processus de planification régionale et les responsabilités des diverses instances décisionnelles en cause, sur les principales sources d'information utilisées pour appuyer la planification et les outils de suivi de l'implantation du PROS, sur les mécanismes de consultation de la population, sur les moyens utilisés pour tenir compte des différences entre les sexes et de la diversité de la population, sur les pouvoirs et contraintes de la RRSSS par rapport au MSSS d'une part, et vis-à-vis les établissements qui dispensent les services d'autre part, et finalement sur les perceptions des besoins les plus importants en matière de santé des femmes dans la région.

Les répondantes en condition féminine

La personne qui exerçait la fonction de répondante en condition de vie des femmes a aussi été rencontrée dans les RRSSS A, B et C¹⁶. Dans la région D, en l'absence d'une répondante en condition féminine, nous avons rencontré le directeur des ressources humaines qui a répondu à nos questions concernant le dossier de la condition de vie des femmes.

Les questions d'entrevue visaient à obtenir des précisions sur l'exercice de ce mandat, sur le rattachement du poste dans la structure organisationnelle, sur la perspective des différences entre les sexes dans la programmation, sur la perception des pouvoirs et contraintes de la RRSSS en matière de condition de vie des femmes, sur les communications avec les groupes de femmes dans la région et sur les besoins les plus importants en matière de santé des femmes, de l'avis de la personne interrogée.

Les représentantes du milieu communautaire aux conseils d'administration des RRSSS

Le point de vue de femmes représentant le milieu communautaire aux conseils d'administration des RRSSS des régions retenues a également été recueilli¹⁷. Au total, sept femmes membres des conseils d'administration ont été interviewées.

Les thèmes d'entrevue touchaient le rôle du conseil d'administration dans la préparation et le suivi du PROS de 1998-2002, le fonctionnement interne du conseil d'administration et ses rapports avec les partenaires dans les services et avec la population. Les entrevues ont aussi abordé les mécanismes de consultation et de participation de la population, les pouvoirs et contraintes de la RRSSS, la prise en compte des différences entre les sexes dans la planification régionale et les perceptions des principaux besoins des femmes, du point de vue des répondantes.

Les groupes de discussion avec des intervenantes des groupes de femmes

Des groupes de discussion avec des intervenantes d'organismes communautaires, principalement des groupes de femmes, ont aussi été organisés dans chacune des quatre régions retenues.

Un effort particulier a été déployé pour s'assurer que les participantes aux groupes de discussion reflètent une certaine diversité des besoins en matière de services sociaux et de santé tout en tenant compte de la dynamique du mouvement des femmes dans chaque région. Les participantes ont été recrutées à partir d'une sélection d'organismes qui s'est faite avec la collaboration de la table des groupes de femmes dans chacune des régions, à partir de plusieurs listes d'organismes communautaires¹⁸.

Les thèmes de discussion ont porté sur la perception des participantes aux groupes de discussion quant aux principaux besoins des femmes avec lesquelles elles travaillent, sur leurs points de vue concernant les mécanismes de consultation de la RRSSS et la prise en compte des différences entre les sexes par la RRSSS et, enfin, sur leur appréciation : 1) de l'adéquation des services à la diversité des besoins et des conditions de vie des femmes; 2) des pouvoirs et contraintes de la RRSSS en matière de planification et de programmation des services; et 3) des retombées de leurs interactions avec la RRSSS.

Le taux de réponse aux invitations à participer aux groupes de discussion a varié selon les régions visitées.¹⁹ Dans la région A, deux groupes de discussion ont été tenus, l'un avec des intervenantes de groupes de femmes provenant de divers milieux, mais qui ne participaient pas directement dans les processus avec la RRSSS; l'autre avec des membres du comité aviseur en condition de vie des femmes. Les membres de ce comité qui ont participé au groupe de discussion venaient de groupes de femmes et d'autres organismes communautaires dont la mission ne touche pas exclusivement les femmes.

Dans la région B, un groupe de discussion a été organisé avec un comité santé relevant de la table régionale des groupes de femmes; ce comité joue également, de façon informelle, le rôle de comité aviseur en condition de vie des femmes auprès de la RRSSS.

Les deux autres RRSSS retenues n'avaient pas de comité aviseur en condition de vie des femmes. Dans la région C, où la population est très diversifiée au plan des origines culturelles, trois groupes de discussion ont été tenus, dont l'un avec des femmes issues d'organismes communautaires actifs dans les communautés ethnoculturelles; les deux autres groupes de discussion regroupaient des intervenantes de groupes de femmes dont certains traitent de problématiques spécifiques (itinérantes, femmes handicapées).

Enfin, dans la région D assez étendue géographiquement, un groupe de discussion avec des intervenantes de groupes de femmes a été réalisé ainsi que trois entrevues individuelles : l'une avec la coordonnatrice de la table régionale des groupes de femmes qui participe directement dans les interactions avec la RRSSS, et deux autres entrevues avec des intervenantes de groupes de femmes situés dans un secteur éloigné du centre administratif

de la région. Dans la région D, ces entrevues ont été réalisées afin de tenir compte de la dynamique régionale et de particularités sous-régionales qui influencent notamment les besoins de santé.

Au total, 30 femmes issues d'organismes communautaires ont été consultées. Mentionnons la participation d'intervenantes provenant de tables régionales de groupes de femmes, de centres de femmes, de centres de santé des femmes, de maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, de centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, d'un centre d'hébergement en santé mentale pour les femmes, d'associations féminines d'éducation et d'action sociale, d'un groupe de femmes handicapées, d'une ressource pour femmes itinérantes, d'organismes oeuvrant avec les communautés ethnoculturelles, d'un service bénévole, d'un comptoir alimentaire et d'un organisme de soutien aux familles. Toutes les femmes consultées avaient un rôle d'intervenantes dans ces organismes. soit comme employées, soit comme bénévoles.

L'analyse des données

L'étude de cas, une méthode permettant d'investiguer de façon approfondie une organisation ou une unité sociale plus importante, a été retenue afin de comprendre certaines dynamiques relatives à l'intégration du dossier des conditions de vie des femmes dans les PROS (Yin, 1989; Patton, 1990; Marshall et Rossman, 1995; Fortin, 1996). La région retenue est l'unité d'analyse (contexte et environnement dans lequel se situe une RRSSS) et la RRSSS en question est une sous-unité qui a été analysée afin d'identifier des leviers et des obstacles au développement de programmes de santé et de services sociaux qui répondent aux besoins spécifiques des femmes et contribuent à réduire les inégalités entre les sexes. Plus précisément, les processus de planification et de consultation mis en place pour l'élaboration de chaque PROS et l'attention accordée aux besoins des femmes ont été analysés; enfin, nous nous sommes également attardées à examiner les modes d'interaction entre la RRSSS de chacune des régions retenues et les organismes communautaires et féministes, notamment les regroupements régionaux des groupes de femmes.

Une analyse descriptive-comparative de chacune des unités retenues a permis :

- 1) de contraster les dynamiques intra-régionales;
- 2) de dégager des indices pour comprendre les différences observées dans la planification et la programmation des services au sein de la RRSSS d'une part, et dans les interactions avec les groupes de femmes d'autre part;
- 3) d'examiner les ressemblances et les différences des processus mis en place dans chacune des RRSSS, pour tenir compte des préoccupations des groupes de femmes dans la planification et le suivi des PROS;
- 4) de formuler des recommandations sur les stratégies de promotion de l'égalité entre les sexes dans la planification régionale en santé et services sociaux.

Tableau 2 : Entrevues et groupes de discussion

Régions	Mode de collecte des données	Personnes interrogées
Région A Région homogène Centre urbain important Vaste secteur rural	Entrevue individuelle	Directeur général adjoint de la RRSSS
	Groupe de discussion	4 intervenantes de groupes de femmes
	Groupe de discussion	4 membres du comité aviseur en condition de vie des femmes
	Entrevue individuelle	Répondante en condition de vie des femmes de la RRSSS
	Entrevue de groupe*	2 membres du CA de la RRSSS représentant les organismes communautaires
Région B Région ressource 5 pôles urbains moyens Vaste territoire situé loin des grands centres	Entrevue de groupe*	Responsable des relations avec la communauté, une professionnelle cadre de la direction de santé publique et une professionnelle cadre de la direction des programmes et services de la RRSSS
	Groupe de discussion	6 membres du comité santé de la table des groupes de femmes
	Entrevue individuelle	Répondante en condition de vie des femmes de la RRSSS
	Entrevues individuelles	2 membres du CA de la RRSSS représentant les organismes communautaires
Région C Grand centre urbain Population diversifiée Concentration de services spécialisés en santé	Entrevue individuelle	Professionnelle cadre du service des relations avec la communauté de la RRSSS
	Groupes de discussion	2 groupes de discussion avec des intervenantes de groupes de femmes (5 femmes) 1 groupe de discussion avec des intervenantes de groupes oeuvrant avec les communautés culturelles (4 femmes)
	Entrevue individuelle	Répondante en condition de vie des femmes de la RRSSS
	Entrevues individuelles	2 membres du CA de la RRSSS représentant les organismes communautaires
	Entrevue individuelle	Coordonnateur de la planification à la direction de santé publique de la RRSSS
Région D Située en ceinture urbaine d'un grand centre Population en croissance rapide et relativement diversifiée Vaste secteur rural	Entrevue individuelle	Coordonnateur de la planification à la direction de santé publique de la RRSSS
	Groupe de discussion	4 intervenantes de groupes de femmes
	Entrevues individuelles	Coordonnatrice de la table des groupes de femmes de la région 2 intervenantes de groupes de femmes situés dans un secteur éloigné du centre administratif de la région
	Entrevue individuelle	1 membre du CA de la RRSSS représentant les organismes communautaires
	Entrevue individuelle	Directeur des ressources humaines de la RRSSS

Note :

* Les participantes ont souhaité être rencontrées ensemble, mais le guide d'entrevue individuelle a été utilisé.

De façon opérationnelle, l'ensemble des entrevues et groupes de discussion ont été retranscrits en recopiant intégralement les enregistrements des entrevues. Des grilles de codification permettant de juxtaposer des données recueillies auprès de différents informateurs et informatrices autour d'un même thème ont ensuite été utilisées. L'identification des unités de sens s'est faite à l'aide du logiciel *Atlas-Ti* (2000) relativement aux concordances et aux différences de points de vue sur des thèmes spécifiques, entre les informatrices et informateurs d'une même région et en considérant le statut et l'appartenance des répondantes et répondants.

Cette analyse a été complétée par l'examen systématique des PROS produits par les régions et de divers documents obtenus lors des entrevues et groupes de discussion dans les quatre régions retenues. Ces documents portaient notamment sur les indicateurs de suivi de la planification régionale, sur les mesures spécifiques pour répondre à la situation des femmes dans la mise en oeuvre des services sociaux et de santé ou sur les activités du comité aviseur en condition féminine.

Enfin, sachant que la méthode par étude de cas ne vise pas une généralisation des résultats à d'autres populations ou situations (Fortin, 1996), certains thèmes et recommandations émergeant de l'analyse des quatre unités et sous-unités étudiées ont été contrastées avec les données obtenues lors d'une entrevue additionnelle réalisée avec une informatrice-clé²⁰ dans une cinquième région. La RRSSS de cette région réalisait, au moment de l'étude, une consultation régionale sur la santé des femmes, afin de produire un plan d'action spécifique. Les méthodes par études de cas présentent des avantages importants, notamment la possibilité d'obtenir de l'information riche et détaillée sur des situations particulières et d'en dégager ainsi des avenues de recommandations.

4. RÉSULTATS

Les engagements inscrits dans les PROS 1998-2002 en regard du dossier de la condition de vie des femmes

Les PROS représentent en quelque sorte la planification stratégique des RRSSS et reflètent leurs priorités d'action et d'affectation de ressources pour la période visée. L'examen des PROS de 1998-2002 donne une première indication de la prise en compte des réalités et des besoins des femmes dans la planification régionale et des mesures envisagées pour y répondre. Notre examen s'appuie sur une analyse des PROS de 16 des 18 RRSSS du Québec et sur des analyses de la représentante du Conseil du statut de la femme du Québec présentées au comité d'orientation de la recherche.

Dès le premier abord, on constate que les PROS de 1998-2002 sont structurés en fonction des priorités d'intervention énoncées dans la *Politique de la santé et du bien-être* (PSBE) (Québec, 1992). Cette politique propose d'organiser les services de santé et des services sociaux selon cinq grands champs d'activité : l'adaptation sociale, la santé physique, la santé publique, la santé mentale et l'intégration sociale; elle fixe des objectifs à atteindre à l'égard de 19 problématiques qui s'inscrivent dans chacun de ces domaines. La PSBE jette un cadre d'organisation et de gestion des activités du système de santé qui oriente l'affectation des ressources et toute la planification régionale au Québec.

La PSBE recommande de cibler l'action sur les groupes vulnérables et d'intervenir sur les déterminants de la santé et du bien-être : les facteurs biologiques, les habitudes de vie et les comportements, les milieux de vie et l'environnement social, l'environnement physique, les conditions de vie, et le système de services. Elle retient cinq grandes stratégies : favoriser le renforcement du potentiel des personnes; soutenir les milieux de vie et créer des environnements sains; améliorer les conditions de vie; agir pour et avec les groupes vulnérables; harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être; et orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses.

Cette politique reconnaît que « les femmes vivent en général en moins bonne santé que les hommes... si l'on se fie à la mesure de santé globale. L'affirmation vaut pour tous les groupes d'âge, à l'exception des moins de 15 ans et pour tous les groupes socio-économiques » (Québec, MSSS, 1992, p. 20). De plus la PSBE inscrit, dans la stratégie de création d'environnements sains et sécuritaires, l'importance de favoriser une plus grande équité dans les rapports sociaux entre les hommes et les femmes. En ce sens, elle peut-être considérée comme avant-gardiste puisqu'au moment de sa publication en 1992, aucune politique en matière de santé au Canada et dans la plupart des pays industrialisés ne reconnaissait les effets sur la santé de la division sociale des rôles entre les sexes.

Cependant, les PROS sont organisés d'abord et avant tout par *continuum* de services en fonction du cadre de gestion²¹, atténuant la portée des stratégies axées principalement sur des facteurs qui échappent, pour la plupart, à l'intervention du système de soins. Cette

approche a été critiquée par divers réseaux féministes et elle a suscité le commentaire suivant du Conseil du statut de la femme du Québec : « La politique [de la santé et du bien-être] s'inscrit tout à fait en continuité des orientations antérieures du ministère [de la Santé et des Services sociaux] en ce qui concerne l'absence de traduction, dans de grandes orientations et plans d'actions, des besoins spécifiques des femmes. Cette absence a des conséquences importantes si l'on considère que la politique constitue le tableau de bord du gouvernement pour les dix prochaines années. » (Québec, CSF, 1995b, p. 9).

En matière de santé des femmes, ce sont plutôt des politiques ou des plans d'action spécifiques, en regard de la violence conjugale et sexuelle, de la planification des naissances et de la périnatalité, qui ont incarné la stratégie de prise en compte des besoins spécifiques des femmes. Toutefois, l'intégration de ces politiques dans les PROS reste limitée; dans certains éléments de la gamme de services, les différences entre les sexes sont souvent occultées. Prenons l'exemple des femmes âgées vivant seules dont l'autonomie et l'intégration sociale sont fragiles et qui sont identifiées comme groupe vulnérable dans la PSBE : aucune des planifications régionales analysées ne reconnaît explicitement le phénomène de la féminisation du vieillissement, pourtant mentionnée dans la PSBE (Québec, 1992, p. 120). Les rares références aux besoins spécifiques des femmes âgées se retrouvent hors du *continuum* de services aux personnes âgées, dans les sections portant sur l'alcoolisme-toxicomanie ou la santé mentale en référant aux problèmes de surconsommation de médicaments; une seule RRSSS, celle de Lanaudière, reconnaît explicitement dans son PROS de 1998-2002 les problématiques de la violence et des abus à leur égard. Cette vision compromet le développement d'une approche intégrée de services qui tienne compte des besoins spécifiques des femmes âgées.

Dans le même *continuum* de services aux personnes âgées, la majorité des PROS de 1998-2002 passent sous silence la contribution des femmes aux soins de leurs proches, mentionnée dans la PSBE (Québec, 1992, p. 150) et, conséquemment, les effets sur les femmes aidantes du transfert de responsabilités des établissements de santé vers les services à domicile. Seulement quatre RRSSS (4/16) reconnaissent explicitement le risque d'épuisement des aidantes et envisagent d'adopter des mesures pour alléger leur fardeau (Québec, Mauricie-Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue, Bas-Saint-Laurent).

Dans le *continuum* de services en santé physique, les PROS de 1998-2002 ne tiennent compte des différences entre les hommes et les femmes qu'en ce qui concerne leur fonction reproductive (services en planification des naissances, obstétrique et périnatalité) ou les problèmes particuliers liés à des caractéristiques physiques, notamment les cancers du sein ou de l'utérus. Dans d'autres problématiques de santé physique, comme les maladies cardiovasculaires ou l'analyse des facteurs cancérigènes, aucune considération des différences entre les sexes n'est mentionnée alors que des documents ont été produits pour montrer que l'absence d'une analyse tenant compte des différences entre les sexes affecte la recherche clinique et, par conséquent, la pertinence des diagnostics et des traitements (Stewart, 1996a,b; Messing, 1998).

Dans le *continuum* de services en santé mentale, quatre PROS (4/16), soit ceux de Québec, de Laval, de Lanaudière et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, reprennent l'analyse de la PSBE

sur la prévalence de la détresse psychologique dans la population féminine. La RRSSS de Québec recommande notamment de favoriser l'accessibilité des services de santé mentale en CLSC aux femmes vivant dans des conditions précaires et à celles qui sont victimes de violence. La RRSSS de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, pour sa part, prévoit des activités de formation à l'intention du personnel du réseau pour encourager l'adaptation des services en fonction des besoins spécifiques des femmes. De son côté, la RRSSS de l'Abitibi-Témiscamingue mise sur le dépistage des situations à risque pour la santé mentale, en ciblant notamment les personnes vivant une extrême pauvreté, les femmes monoparentales ou isolées et celles ayant à leur charge une personne souffrant de maladie; elle préconise à cette fin le soutien aux groupes d'entraide qui interviennent auprès de ces personnes. Dans l'ensemble des autres RRSSS, les PROS de 1998-2002 mettent surtout l'accent sur les services pour les populations qui ont des problèmes graves et persistants, sans indiquer que les problèmes transitoires de santé mentale prévalent dans la population féminine (Québec, MSSS, 1996, 1997b).

Dans le *continuum* en enfance-famille-jeunesse, cinq PROS (5/16) font référence au programme intégré de services en périnatalité, soit ceux du Bas-Saint-Laurent, de l'Estrie, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et de Laval. Dans l'ensemble des PROS, l'approche est centrée sur les clientèles vulnérables dans la perspective de réduire les menaces à la santé du fœtus ou de l'enfant (grossesses des adolescentes, jeunes mères en difficulté). Seule la RRSSS de Lanaudière mentionne explicitement l'objectif d'établir des relations égalitaires entre les garçons et les filles, recommandé par la PSBE (Québec, 1992, p. 151).

Seulement trois RRSSS, celle de Québec, Mauricie-Centre-du-Québec et Laval, font explicitement référence dans leur PROS respectif à la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale* (Québec, MSSS, 1995a) adoptée en 1995. Toutefois, l'intervention en matière de violence conjugale découlant de cette politique est abordée dans tous les PROS et les régions sont pourvues de tables de concertation en violence conjugale et sexuelle qui visent à coordonner les interventions régionales des différents partenaires dans les dossiers qui touchent la violence faite aux femmes. Par contre, certains PROS s'alignent plutôt sur les *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002* (Québec, MSSS, 1997a) et réfèrent à la problématique de la violence à l'égard des femmes dans une section portant sur les « traumatismes non intentionnels et intentionnels » ou sur la « violence envers les personnes ». Cette approche tend à occulter l'influence des rapports sociaux inégaux entre les sexes et le fait que les victimes de violence conjugale causant des traumatismes et des lésions sont en majorité des femmes.

Six RRSSS (6/16), soit Québec, Mauricie-Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Laurentides et Lanaudière, ont inscrit une section spécifique sur les conditions de vie des femmes dans leur PROS. Trois d'entre elles reconnaissent la difficulté et le défi que représentent l'intégration de l'ADS et la création de services tenant compte des besoins spécifiques des femmes, dans tous les *continuum* de services. Parmi celles-ci, la RRSSS de Québec se donne comme perspective d'élaborer un plan d'action sur

la santé des femmes; celle de l'Abitibi-Témiscamingue s'engage dans le même sens, mais avec un préalable qui est de produire un portrait sur la santé et les conditions de vie des femmes vivant sur son territoire. La RRSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec met l'accent sur le soutien au comité aviseur en condition de vie des femmes et sur l'inscription progressive de l'ADS dans le développement de sa planification. Des mesures semblables sont aussi retenues dans les PROS des RRSSS de Lanaudière, Laurentides et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Dans l'ensemble des PROS analysés, les services sont orientés presque exclusivement vers les segments plus vulnérables de la population, suivant en cela les orientations de la PSBE. En matière de santé des femmes, cette stratégie affecte l'arrimage avec les politiques spécifiques comme la *Politique en périnatalité* (Québec, MSSS, 1993) ou les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* (Québec, MSSS, 1995b) qui s'adressent aux besoins de l'ensemble des Québécoises²². On note également une quasi-absence de références précises à des éléments du *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et condition de vie des femmes* du MSSS (Québec, 1998) précédant la période de planification régionale 1998-2002.

Quant à la diversité ethnoculturelle, six RRSSS en milieux urbains (Montréal, Québec, Montérégie, Laval, Laurentides, Outaouais) mettent de l'avant une orientation générale référant à un plan régional d'accessibilité aux services pour les communautés culturelles, sans stratégie particulière à l'égard des femmes de ces communautés.

Dans les RRSSS qui ont participé à la collecte d'information, les besoins spécifiques de la population autochtone trouvent peu d'écho dans les PROS²³. La RRSSS de la Montérégie cible les problématiques du diabète, du cancer et de la toxicomanie dans ses orientations s'adressant aux besoins spécifiques de la population autochtone de son territoire. La RRSSS de l'Abitibi-Témiscamingue fait référence au suicide chez les Autochtones de la région, mais sans faire d'analyse différenciée selon les sexes et sans dégager une stratégie explicite de réduction de ce fléau parmi la population autochtone. Les problèmes de la pauvreté, la violence et les abus sexuels qui affligent la population autochtone ne sont pas vraiment abordés dans les divers PROS analysés.

Dans l'ensemble, l'examen des PROS fait ressortir une faible intégration d'une perspective tenant compte des différences entre les sexes. Aucun PROS ne présente de façon constante et cohérente des données sociosanitaires différenciées selon les sexes. Les PROS portent peu d'attention aux déterminants sociaux qui sont à l'origine d'inégalités entre les femmes et les hommes. L'approche épidémiologique qui prédomine conduit à prioriser les interventions ciblant les personnes vulnérables, désignées comme clientèles « à risque », plutôt que de mettre en place des mesures s'adressant à l'ensemble de la population, y compris en matière de santé des femmes. Lorsque les besoins particuliers des femmes sont pris en compte, c'est souvent de façon réductrice, en référence à leur fonction reproductive, et les perspectives d'intervention sont limitées. Les RRSSS ne se sont pas dotées de véritables indicateurs pour évaluer les effets du virage ambulatoire sur les conditions de vie des femmes. De plus, les PROS analysés s'harmonisent peu avec les politiques sectorielles en santé des femmes élaborées au cours des années 1990.

Toutefois, les engagements pris par six RRSSS qui se sont données certaines orientations spécifiques en matière de condition de vie des femmes offrent une assise pour favoriser l'adéquation des services aux besoins spécifiques de la population féminine. De tels engagements reflètent-ils des pratiques différentes quant à l'intégration de préoccupations d'égalité entre les hommes et les femmes dans les démarches de planification et de programmation régionales? Un élément de réponse réside dans les moyens organisationnels mis en place par les RRSSS pour faire le suivi du dossier de la condition de vie des femmes.

La structure organisationnelle des RRSSS en regard du dossier de la condition de vie des femmes

Les données recueillies dans le questionnaire rempli par les 16 RRSSS sollicitées éclairent la situation des répondantes en condition féminine et des comités aviseurs en conditions de vie des femmes dans leur structure organisationnelle. Les résultats sont présentés sous forme de tableau, à l'annexe C. Toutefois, comme on le précise à la section sur la méthodologie de l'étude, ces données doivent être interprétées avec prudence.

En ce qui concerne la structure organisationnelle des RRSSS en matière de condition de vie des femmes, l'analyse des données recueillies avec le questionnaire laisse entrevoir une certaine fragilité dans les ressources allouées à ce dossier. Onze RRSSS (11/16) ont indiqué avoir une professionnelle répondante pour le dossier de la condition de vie des femmes, mais dans certains cas, on mentionne que cette fonction a changé souvent de titulaire. Quatre d'entre elles ont créé cette fonction au début des années 1980 et sept autres indiquent que ce poste a été créé au milieu des années 1990; c'est le cas notamment des RRSSS issues de la subdivision des territoires couverts par les anciens CRSSS. Par ailleurs, cinq RRSSS ont indiqué ne pas avoir de répondante en condition de vie des femmes au moment où elles ont rempli le questionnaire, soit celles de la Côte-Nord, de la Baie-James (Nord-du-Québec), du Saguenay-Lac-St-Jean, de Laval et de Montréal-Centre. Les RRSSS de Montréal-Centre, du Saguenay-Lac-St-Jean et de la Baie-James ont répondu avoir déjà eu une répondante en condition de vie des femmes, mais que cette fonction est désormais suspendue. Dans le cas de Montréal-Centre, on signale qu'il y a une responsabilité transversale des dossiers reliés à la condition féminine et que la coordonnatrice du dossier sur la violence faite aux femmes achemine les demandes à des responsables identifiés dans les secteurs concernés.

La plupart des répondantes en condition de vie des femmes dans les RRSSS (7/11) relèvent d'une direction responsable de la programmation et de l'organisation des services, la dénomination de celle-ci étant appelée à varier selon les RRSSS. Cette fonction est rattachée à la direction de la santé publique en Montérégie et en Abitibi-Témiscamingue. Dans deux RRSSS, soit la Mauricie-Centre-du-Québec et l'Outaouais, la répondante en condition de vie des femmes relève de la direction générale.

D'après les données recueillies avec le questionnaire, le temps consacré spécifiquement au dossier de la condition de vie des femmes par les répondantes varie beaucoup. Le plus souvent, ce dossier est regroupé avec la mise en oeuvre de la politique en matière de violence conjugale et parfois s'ajoute le suivi des orientations en matière d'agressions sexuelles. Dans quelques cas, divers dossiers sont moins liés et les répondantes en condition

de vie des femmes cumulent la responsabilité de programmes très divers, par exemple en alcoolisme-toxicomanie, santé mentale ou suicide, abus et négligence à l'égard des enfants, services aux personnes âgées et services à domicile, accès aux services en langue anglaise. Ce cumul des dossiers peut expliquer que trois RRSSS (3/11), celles du Bas-Saint-Laurent, de Chaudière-Appalaches et de la Montérégie, ont une répondante consacrant moins de 10 p. 100 de son temps de travail au dossier de la condition de vie des femmes, tandis que la proportion varie de 20 p. 100 à 50 p. 100 dans quatre RRSSS (4/11), soit Québec, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, et il dépasse 50 p. 100 dans la RRSSS de Lanaudière. Une RRSSS, celle de la Mauricie-Centre du Québec, a indiqué que la répondante en condition de vie des femmes consacre tout son temps à ce dossier. Deux RRSSS (Estrie et Laurentides) n'ont pas répondu à cette question.

Plusieurs RRSSS (12/16) ont un comité aviseur en condition de vie des femmes. Dans la très grande majorité des cas (9/12), ces comités existent depuis le milieu des années 1980; dans certaines régions, ils ont été créés à la demande des groupes de femmes. Ces comités aviseurs comptent entre huit et quinze personnes représentant des organismes de femmes et des établissements de santé et de services sociaux de la région, nommées par la RRSSS en consultation avec le milieu. Toutefois, dans trois régions (3/12), il s'agit plutôt d'un comité représentant la table régionale des groupes de femmes (Abitibi-Témiscamingue, Chaudière-Appalache et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine) qui est invité à donner des avis à la RRSSS. Quatre régions régionales ont répondu qu'elles n'ont pas de comité aviseur en condition de vie des femmes : il s'agit de Montréal-Centre, de la Montérégie, de la Côte-Nord et de la Baie-James (Nord-du-Québec).

Dans l'ensemble, l'information concernant la fonction de répondante en condition de vie des femmes corroborent celles compilées par le Conseil du statut de la femme du Québec en avril 1995, indiquant une stabilité au cours de ces six années. Ainsi neuf RRSSS qui avaient déjà une répondante en condition de vie des femmes ont maintenu cette fonction. Les changements sont le fait de quelques RRSSS, soit celles de Mauricie-Centre-du-Québec et Lanaudière, qui ont créé un tel poste tandis que celles de Montréal-Centre, Côte-Nord et Baie-James ont suspendu le poste de répondante en condition de vie des femmes dans l'intervalle des deux études. L'enquête du CSF de 1995 précisait que « c'est toutefois sur le plan de l'autorité dont relève ce mandat, ainsi que des pratiques d'intervention qui y sont rattachées, que l'on observe les changements les plus importants. Dans la plupart des régions, le mandat de condition féminine est placé désormais sous la responsabilité d'une direction qui cumule divers dossiers » (Québec, CSF, 1995b, p. 7). Le CSF concluait alors à « une diminution de l'importance du dossier de condition de vie des femmes dans les régions régionales de la santé et des services sociaux à la fois en termes de temps/personne alloué..., de rattachement administratif... et de division du mandat » (Québec, CSF, 1995b, p. 8).

S'il y a eu des développements depuis 1995, c'est au plan du nombre de comités aviseurs en condition de vie des femmes qui est passé de 5 en 1995 à 12 en 2000, soit au moment de la collecte des données réalisée dans le cadre de la présente recherche²⁴. Cette augmentation est surtout attribuable au fait que la plupart des RRSSS, issues de la redivision des régions sociosanitaires après l'adoption de la loi de 1991, ont formé un comité aviseur en condition de vie des femmes (5/6)²⁵. L'information fournie par les représentantes des tables régionales

de groupes de femmes dans la suite de notre enquête indiquent que ces nouvelles RRSSS ont ainsi répondu aux demandes des groupes de femmes dans certaines régions.

Par ailleurs, l'information recueillie sur les processus de consultation régionale au sujet des PROS de 1998-2002 ne permet pas d'établir un lien entre le nombre des moyens utilisés par les RRSSS pour consulter la population sur les PROS et la participation des groupes de femmes à ces consultations. Plusieurs des mémoires provenant des groupes de femmes ont été préparés et présentés par des réseaux intersectoriels, comme les tables régionales des groupes de femmes, ou par des réseaux sectoriels regroupant des organismes oeuvrant dans un même domaine, comme les maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale ou les centres de lutte contre les agressions sexuelles.

Études de cas dans quatre régions du Québec

Pour chacune des quatre régions retenues pour les études de cas, le contenu des groupes de discussion et des entrevues réalisées avec des femmes membres des conseils d'administration, des cadres et des professionnelles de la RRSSS a été analysé afin de contraster les dynamiques intra-régionales et de dégager des indices pour comprendre les différences observées dans les PROS et dans les rapports entre la RRSSS et le regroupement régional des groupes de femmes en ce qui concerne la mise en oeuvre des programmes et services répondant aux besoins spécifiques des femmes. Pour chacune des quatre régions, les résultats sont présentés selon quelques thèmes : les préoccupations des femmes consultées, le processus d'élaboration du PROS et les structures organisationnelles de la RRSSS en regard des conditions de vie des femmes, ainsi que les interactions entre la RRSSS et les groupes de femmes de la région.

L'appréciation des rapports entre les groupes de femmes et les RRSSS et des réponses apportées aux besoins divers des femmes dans les quatre régions retenues s'appuie notamment sur les perceptions d'intervenantes d'organisations qui oeuvrent auprès des femmes dans chaque région. Pour bien comprendre leurs préoccupations dans le contexte de l'organisme où elles sont actives, nous avons jugé pertinent de demander aux participantes des groupes de discussion de remplir, avant la discussion, un bref questionnaire permettant de tracer un profil des organismes dont elles sont issues.

Profil des organismes dont sont issues les participantes aux groupes de discussion

Les participantes aux groupes de discussion et celles qui nous ont accordé des entrevues individuelles ont rempli un bref questionnaire (reproduit à l'annexe D) permettant d'établir le profil de leur organisme d'appartenance. Les réponses à ce questionnaire ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS.

En ce qui concerne les domaines d'intervention des organismes, des catégories ont été établies *a posteriori* pour regrouper les données recueillies grâce à une question ouverte dans le questionnaire rempli par les participantes (voir le tableau 3). Ces organismes interviennent au plan de la condition féminine en général (notamment les tables régionales de groupes de femmes); en violence conjugale ou sexuelle, ou les deux; en santé physique

ou mentale, ou les deux; certains sont actifs plus spécifiquement auprès des populations immigrantes, auprès de femmes marginalisées et dans des secteurs d'activités qui ne s'adressent pas uniquement aux femmes (groupe d'intervention avec les familles, comptoir alimentaire, service bénévole).

Tableau 3 : Domaines d'activité des organismes communautaires dont sont issues les participantes aux groupes de discussion

Domaine d'activité	Région A	Région B	Région C	Région D	TOTAL
Condition féminine en général	2	2	1	3	8
Violence conjugale ou sexuelle, ou les deux	2	4	2	2	10
Santé physique ou mentale, ou les deux	1		1	1	3
Femmes marginalisées			2		2
Population immigrante			3	1	4
Autre (famille, bénévoles...)	3				3
Total par région	8	6	9	7	30

La plupart de ces organismes (21/30) existent depuis 10 à 25 ans. Parmi les organismes de plus de 25 ans, quatre interviennent au plan de la condition féminine en général; les organismes de moins de 10 ans (n = 5) se retrouvent dans les régions moins urbanisées, à l'exception d'un organisme qui intervient auprès des femmes marginalisées en région urbaine.

Parmi les organismes représentés, certains disposent d'un budget annuel total de 250 000 dollars et plus (n = 8), soit quatre organismes oeuvrant contre la violence faite aux femmes, deux centres de santé des femmes, une ressource d'hébergement en santé mentale pour femmes et un organisme actif dans plusieurs domaines en matière de condition féminine. À l'exception des centres de santé, les organismes qui ont ce niveau de financement plus élevé offrent tous des services d'hébergement. La plupart des organismes dont le budget se chiffre entre 100 000 et 250 000 dollars (n = 9) offrent aussi des services d'hébergement, notamment quatre ressources pour femmes et enfants victimes de violence, un centre de femmes doté d'un centre de crise et un organisme qui s'adresse aux femmes itinérantes. Dans cette catégorie se retrouvent également un centre de lutte contre les agressions sexuelles, une ressource travaillant avec la population immigrante et un service d'aide alimentaire. Les organismes (n = 7) dont le revenu se situe entre 60 000 et 100 000 dollars sont quatre organisations oeuvrant en condition féminine, un organisme actif avec la population immigrante et deux organisations qui interviennent dans d'autres domaines d'activité. Les organismes qui disposent de moins de 60 000 dollars par an (n = 4) se retrouvent surtout en milieu urbain et interviennent auprès de populations immigrantes ou de femmes handicapées ou itinérantes. Deux participantes n'ont pas fourni l'information sur le niveau de financement de leur organisme d'appartenance.

Dans le questionnaire utilisé pour dresser le profil des organismes et des femmes qu'ils rejoignent, les résultats concernant les caractéristiques socio-démographiques des femmes jointes doivent être interprétés avec prudence. Il est apparu à l'analyse que la signification

du mot « rejointe » pouvait beaucoup varier selon les répondantes. Ainsi, pour une répondante d'une AFÉAS²⁶, ce terme inclut toutes les femmes de la région éventuellement touchées par les actions de l'association; pour une répondante d'un service d'hébergement, le mot « rejointe » réfère uniquement aux femmes hébergées au cours d'une année. Selon l'information recueillie, on peut toutefois avancer que, dans la grande majorité, les femmes rejointes ont entre 25 et 50 ans et sont à faible revenu. Les organismes rejoignent plus fréquemment des femmes francophones (n = 22), à l'exception des groupes qui travaillent spécifiquement avec la population immigrante (n = 4). Toutefois, un certain nombre d'organismes rejoignent, en plus de la population féminine francophone, des femmes anglophones (n = 11), immigrantes (n = 9) ou autochtones (n = 3).

De plus, la majorité des organismes (70 %) participent à des activités avec la RRSSS, et ce dans toutes les régions retenues pour les études de cas. Ces contacts sont autant réguliers (44 %) qu'occasionnels (52 %). Quant à la nature des activités menées avec la RRSSS, les comités de concertation entre la RRSSS et le milieu communautaire et les activités de formation ou la participation à des colloques ressortent. La perception des participantes quant à la qualité de la collaboration avec les RRSSS varie d'une région à l'autre. Elle ressort comme nettement positive dans la région A, tandis que dans la région B, les rapports sont moins satisfaisants. Les avis sont partagés dans les régions C et D. Les réponses au questionnaire administré avant la tenue des entrevues concordent avec le contenu des discussions analysé plus loin.

Un grand nombre d'organismes communautaires (70 %) dont sont issues les participantes à l'étude ont participé aux consultations sur le PROS de 1998-2002 dans leur région respective. Dans l'interprétation de ce résultat, il faut mentionner que certains organismes ont pu être représentés aux consultations par le biais d'un regroupement sectoriel régional, notamment les organismes intervenant dans le domaine de la violence conjugale et sexuelle. La région C se démarque par une faible participation des groupes de femmes aux consultations sur le PROS, ce qui se reflète aussi dans les réponses des participantes aux groupes de discussion dans cette région. Cette donnée peut être signe d'une identification moindre à la région dans un grand centre urbain et d'interactions moins structurées entre la RRSSS et les groupes de femmes de cette région.

La région A

Les préoccupations des femmes consultées

Cette région a une population francophone en très grande majorité, avec moins de 2 p. 100 d'anglophones et quelques communautés autochtones. Elle comprend un centre urbain de plus de 100 000 habitants et cinq pôles régionaux autour de villes de dimension moyenne, la majeure partie du territoire étant en milieu rural.

Les principales préoccupations des participantes aux groupes de discussion concernent la pauvreté et l'isolement des femmes. L'absence de moyens de transport est aussi mentionnée comme un facteur qui accentue l'isolement et la dépendance de la population féminine et limite l'accès aux services sociaux et de santé ainsi qu'aux groupes d'entraide et de soutien. Toutefois, c'est la pénurie de médecins qui arrive au premier rang des préoccupations

exprimées en ce qui concerne l'accès aux services de santé. On cite par exemple le manque de services en obstétrique qui oblige les femmes à s'éloigner de leur famille, voire même de la région, pour accoucher. Des biais sexistes dans la pratique de certains médecins, notamment le peu d'attention portée aux conditions de vie des femmes et la tendance à leur prescrire davantage d'anxiolytiques qu'aux hommes, affectent la qualité des services, selon plusieurs informatrices. Les défaillances des CLSC comme porte d'entrée du réseau sociosanitaire sont aussi une source d'insatisfaction, mais le développement récent du service téléphonique Info-Santé CLSC est mentionné comme une amélioration dans l'accès à des conseils de santé pour les femmes qui assument généralement les soins à leurs proches²⁷.

Le PROS de la région A

Dans sa démarche de consultation sur le PROS, la RRSSS a utilisé plusieurs moyens pour encourager l'expression des besoins de la population, notamment l'envoi d'un questionnaire à tous les établissements et groupes communautaires de la région, la réception de mémoires, la tenue d'audiences publiques et des consultations intersectorielles organisées par les CLSC avec divers partenaires de leur territoire; des sessions de travail avec divers comités d'usagers ont été aussi des lieux d'échange valorisés par la RRSSS. Les divers regroupements et associations de femmes de la région ont eu une participation active en présentant près d'une vingtaine de mémoires sur un total de 120. Cette approche de planification est perçue comme relativement ouverte et transparente par les intervenantes des groupes de femmes que nous avons consultées, ce qui n'est pas le cas d'autres consultations menées dans la région²⁸.

De plus, des femmes membres du conseil d'administration de la RRSSS ont souligné que le conseil a été étroitement associé à l'ensemble de la consultation et qu'il a demandé des modifications pour répondre davantage aux attentes de la population. À leur avis, malgré des débats serrés à l'occasion, le travail du conseil d'administration se caractérise par des relations de confiance entre ses membres, des échanges réguliers en comité plénier, l'ouverture à la participation de la population aux séances publiques et l'accès facile à la présidence et à la direction générale de la RRSSS.

Le PROS de 1999-2002 de cette RRSSS comprend une section sur la santé, le bien-être et les conditions de vie des femmes. Elle s'y engage à « intensifier ses efforts pour s'assurer que les services offerts répondent aux besoins spécifiques des femmes » en préconisant neuf mesures qui s'accordent, pour l'essentiel, avec les grands axes du programme d'action gouvernemental en condition féminine : l'analyse différenciée selon les sexes; la lutte contre la violence conjugale et les agressions sexuelles; la planification des naissances; la lutte contre le cancer du sein; la prévention de l'alourdissement du fardeau des personnes aidantes; la pratique des sages-femmes; la création d'une maison des naissances; ainsi que le soutien au comité aviseur en condition de vie des femmes. Ces engagements résultent en bonne partie de l'implication des groupes de femmes de la région :

« Il y a eu beaucoup de consultations quand ça a été le temps par rapport aux femmes. Au début, ce qu'ils ont voulu, c'était pas sûr qu'ils voulaient nous mettre dans une section... Mais finalement, nous autres on a choisi d'avoir [une section sur] la santé, le bien-être et la condition de vie des

femmes... On avait peur d'être tellement éparpillées qu'ils réussissent à complètement diluer ce qu'on avait. » (membre du comité aviseur)

Le comité aviseur en condition de vie des femmes

Dans cette région, le comité aviseur en condition de vie des femmes de la RRSSS est l'un des deux comités permanents rattachés à la direction générale; l'autre étant un comité sur l'accès aux services en langue anglaise établi par une législation provinciale. Le directeur général adjoint doit s'assurer du bon fonctionnement du comité aviseur, lui fournir le soutien requis et faire en sorte qu'il soit consulté sur les questions importantes concernant l'adéquation des services aux besoins particuliers des femmes.

Le fonctionnement du comité aviseur en condition de vie des femmes et sa position dans la structure de la RRSSS ont connu des fluctuations.

« Au début... on relevait [du secteur] de la santé sociale... ça n'allait pas très bien... puis on se disait que ça aurait été beaucoup mieux si on relevait de la direction générale parce que, si ça n'allait pas, c'est là qu'il fallait le dire... C'est une demande qui a été acceptée au conseil d'administration. On a réussi, ça doit faire 2 ans. » (membre du conseil d'administration)

Ce repositionnement a été l'occasion de clarifier le rôle du comité aviseur, d'établir ses règles de fonctionnement (statuts et règlements) et de diversifier sa composition pour y inclure une représentation intersectorielle. Les membres du comité sont nommés pour une période de trois ans par la direction générale de la RRSSS, en tenant compte des candidatures suggérées par les organismes partenaires, de l'expertise de la personne et de la représentation des différents secteurs géographiques de la région. Le comité comprend cinq membres provenant des établissements, cinq membres issues des groupes de femmes ou d'organismes communautaires intervenant spécifiquement auprès des femmes, deux membres venant d'organisations engagées dans d'autres secteurs d'activités que la santé et les services sociaux, mais dont l'action influence les conditions de vie des femmes, et deux membres cooptées pouvant apporter une expertise complémentaire au comité. Les membres cooptées sont recommandées conjointement par la RRSSS et les autres membres du comité aviseur. Le comité se réunit au moins six fois par année; les recommandations sont adoptées de façon consensuelle ou, au besoin, la majorité simple des voix.

Les responsables de la RRSSS insistent sur le rôle consultatif du comité en soulignant qu'il ne s'agit pas d'un lieu de négociation ou de représentation, et que les membres sont nommées en fonction de leur expertise en ce qui concerne les besoins particuliers des femmes. Ce point de vue est partagé par les membres du comité aviseur qui considèrent qu'elles ont à « donner [des] avis sur les directions et les conséquences pour les femmes. » Elles considèrent comme une victoire l'ouverture de la RRSSS à leur égard et le fait que « le comité aviseur est pratiquement une institution au sein de la région ».

« On est une des seules régions où le comité aviseur en condition de vie des femmes marche autant avec des réunions régulières. Puis on a quand même un certain pouvoir. Moi à ma connaissance... chaque décision qui va venir,

mettons des plans d'organisation, comme c'est ça qui vient au conseil d'administration, toujours dans les cheminements, tu as souvent la commission médicale régionale et t'as le comité aviseur en condition de vie des femmes. On fait toujours partie des personnes consultées pour donner leur avis. » (membre du comité aviseur)

Le comité aviseur est bien connu des membres du conseil d'administration de la RRSSS qui sont soucieux de recevoir ses avis. Une femme siégeant au conseil d'administration considère même que « c'est plus facile d'influencer par le comité aviseur parce que les dossiers on les choisit et on les pousse ».

La crédibilité du comité aviseur vient aussi du travail de la responsable en condition de vie des femmes qui a fait une tournée des différentes directions au sein de la RRSSS pour expliquer le repositionnement du comité, préciser son rôle et démystifier l'image vindicative qui lui était attribuée avant ces changements. « Des porteurs de dossiers ne voulaient pas venir au comité de peur de se faire chicaner. On était toujours pris pour réagir. » (membre du conseil d'administration)

Le comité aviseur fixe lui-même ses priorités annuelles, en considérant les mesures annoncées dans le PROS et les dossiers en traitement dans le réseau sociosanitaire ainsi que les enjeux sur lesquels il peut exercer une influence en regard des conditions de vie et de la santé des femmes. Ainsi se sont ajoutés aux mesures inscrites dans le PROS des travaux sur la lutte contre la pauvreté, les orientations en santé mentale et la question des femmes et de la toxicomanie.

La fonction de répondante en condition de vie des femmes

La répondante en condition de vie des femmes assure une fonction de liaison entre le comité aviseur et les professionnels responsables d'un dossier, dans les différentes directions de la RRSSS, sur les aspects de programmation qui touchent la santé et les conditions de vie des femmes. Au besoin, ce travail de liaison se fait en collaboration avec le directeur général adjoint ou le responsable de l'unité à laquelle elle est rattachée.

« Elle agit comme étant l'interface... de la régie avec le comité. Ce n'est pas un membre du comité, c'est une représentante de la régie qui fait le lien avec le comité. C'est à elle de faire en sorte d'informer le comité aviseur sur les dossiers en cours, et de faire les liens avec les différentes directions pour faire en sorte que les orientations qui concernent différents volets puissent prendre en compte les conditions de vie des femmes... Elle se trouve être en interface avec l'ensemble des directions pour faire les passerelles et s'assurer que les directions concernées viennent discuter au niveau du comité aviseur en conditions de vie des femmes, et porte elle-même auprès du comité des préoccupations qui sont propres aux femmes et qui ne sont pas portées par d'autres professionnels. » (cadre de la RRSSS)

À l'occasion, cette répondante peut être invitée à présenter les travaux du comité aviseur au comité d'orientation stratégique qui regroupe les différentes directions au sein de la RRSSS,

en y étant accompagnée, s'il y a lieu, de membres du comité aviseur. De plus, elle assure la coordination des dossiers concernant la pratique des sages-femmes et les interventions en matière de violence faite aux femmes qui relèvent du « secteur santé sociale ». Elle doit également représenter la RRSSS dans diverses structures régionales intersectorielles en matière de condition féminine (Conférence administrative régionale, Conseil régional de développement, consultations du Conseil du statut de la femme). Les activités de concertation intersectorielles sont utiles, mais les ressources limitées font en sorte qu'elle n'a pas toujours le temps d'approfondir ses dossiers autant que souhaité : « Elle aurait besoin d'une collaboratrice », disent des membres du comité aviseur.

Les interactions entre les groupes de femmes et la RRSSS

Dans l'ensemble, l'évaluation des interactions entre la RRSSS et les groupes de femmes est plutôt positive, tant chez les membres du comité aviseur qui considèrent qu'« avoir un comité aviseur, ça ouvre des portes, c'est en train d'installer un climat propice à la collaboration » que parmi les groupes de femmes qui ne participent pas directement à des interactions avec la RRSSS : « Les relations depuis deux ans avec la régie régionale vont bien. Je veux dire qu'ils sont à l'écoute ».

De l'avis de plusieurs des personnes consultées, le positionnement du comité aviseur dans la structure organisationnelle de la RRSSS affirme sa crédibilité.

« L'atout principal, c'est de l'avoir situé en lien avec la direction générale. Donc, ça passe un message clair quant à l'importance accordée... Ça permet aussi plus facilement les arbitrages qu'on peut avoir quand même à faire au sein de notre propre organisation face à l'importance, face à l'intention, au suivi à donner à des dossiers qui relèvent de la condition de vie des femmes. » (cadre de la RRSSS)

Lorsqu'un avis du comité aviseur est retenu par la direction ou les responsables de programmes au sein de la RRSSS, les membres du comité doivent tout de même en assurer le suivi.

« Il y a deux réactions à la régie, une qui est officielle qui paraît bien, qui dit oui, sauf que ça reste dans les livres. Après, nous au comité aviseur, il faut faire des pressions, toujours revenir à la charge pour que ça débloque. C'est lent. Il faut suivre là encore des corridors, avoir des ententes particulières. » (membre du comité aviseur)

Le bon fonctionnement du comité aviseur repose sur la compréhension partagée de son rôle; la création d'un langage commun, le soutien de ressources, bien que limitées, allouées par la RRSSS et la définition de cibles claires menant à des résultats concrets sont aussi mentionnés comme des facteurs de succès.

« Une autre chose qui est très importante, c'est de clarifier comme il faut les cibles, les dossiers sur lesquels on va travailler, parce qu'il faut que les gens aient l'impression de faire un travail efficace... Si on vient se rencontrer

pour parler des disparités concernant les femmes sans avoir vraiment un objet précis, c'est un peu démotivant... Alors on se donne des priorités. »
(professionnelle de la RRSSS)

Nos informatrices ont aussi souligné l'importance d'utiliser les leviers qui sont inscrits dans le PROS et dans les politiques gouvernementales en matière de santé, bien-être et condition de vie des femmes comme outils pour faire avancer les dossiers : *« Tout n'est pas dans le plan... On utilise aussi les mesures provinciales selon les dossiers »*.

Parmi les difficultés rencontrées, il ne faut pas négliger les ressources financières limitées des groupes de femmes, considérant la contribution requise aux travaux du comité aviseur, même si des frais de déplacement et de repas sont versés en compensation.

« Quand il y en a une qui part en consultations, il faut qu'elle soit remplacée. On n'est pas sur le même pied d'égalité, ça fait qu'il n'y a pas d'équité sur le plan du partenariat. » (intervenante d'un groupe de femmes)

Selon les avis recueillis, la place de la responsable en condition de vie des femmes au sein de la RRSSS pourrait devenir délicate si elle n'est pas bien soutenue par la direction et si elle n'a pas une compréhension claire de son rôle. En effet, ce rôle exige à la fois un intérêt de la titulaire pour les questions traitées au comité aviseur et une certaine réserve dans sa fonction d'intermédiaire entre le comité et la RRSSS.

« On a pas mal de chemin à faire sur la prise en compte de la situation des femmes, les façons d'intervenir et l'analyse différenciée. Le comité aviseur nous oblige à une vigilance. C'est une valeur ajoutée importante. » (cadre de RRSSS)

De plus, le mouvement des femmes dans cette région est mobilisé en regard des enjeux liés à la considération des besoins particuliers des femmes dans la planification régionale en santé et services sociaux. Malgré les limites, certaines intervenantes des groupes de femmes identifient des retombées concrètes de ce travail de concertation au plan de la reconnaissance et du financement de certains services destinés aux femmes, tout en soulignant que les progrès sont lents et exigent la constance et la persévérance des femmes en cause.

L'adoption en juin 2001 du projet de loi 28 modifiant la gouverne du réseau sociosanitaire au Québec inquiète les membres du comité aviseur car il modifie la composition et le mode de nomination du conseil d'administration et de la direction générale de la RRSSS, désormais nommés directement par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

« Actuellement, il y a une espèce de flou démobilisant. Ça nous déstabilise un peu parce qu'effectivement, est-ce que c'est provincial ou régional? Je ne sens plus qu'ici en région, il y a quelque chose qui se passe, qu'il y a du pouvoir. Les budgets sont juste déposés à la régie. La régie a un rôle de gestionnaire, pas un rôle décisionnel... C'est difficile à croire qu'ils ont une

influence véritable à ce moment-là du côté du spécifique femme. » (membre du comité aviseur)

Ces changements législatifs sont pris en compte dans les recommandations présentées plus loin.

Faits saillants

Les rapports entre les groupes de femmes et la RRSSS dans la région A se caractérisent :

- par un comité aviseur en condition de vie des femmes actif et reconnu;
- par la concertation avec des représentantes du milieu communautaire, qui assurent une continuité au conseil d'administration;
- par la place de la responsable en condition de vie des femmes au sein de la structure organisationnelle de la RRSSS et l'appui de la direction, ce qui lui permet d'exercer une influence sur la programmation;
- par le travail de cette responsable pour consolider le comité aviseur et sensibiliser les professionnels de la RRSSS à l'approche différenciée selon les sexes. Ces caractéristiques facilitent le suivi des engagements inscrits dans le PROS et la prise en compte des préoccupations des groupes de femmes dans la mise en oeuvre des services sociaux et de santé.

La région B

Les préoccupations des femmes consultées

Cette vaste région éloignée des grands centres urbains est productrice de ressources; l'attachement de la population à chacune des municipalités régionales de comté (MRC) marque les dynamiques régionales et se reflète dans l'organisation du réseau public de santé et de services sociaux. Pour la RRSSS, « tous les services de base et le maximum de services spécialisés doivent être accessibles dans chacune des MRC »; on retrouve ainsi dans la plupart des MRC des établissements de santé avec des missions fusionnées (CH-CLSC-CHSLD).

La population de la région est très majoritairement francophone, avec moins de 5 p. 100 d'anglophones; elle comprend une proportion d'Autochtones parmi les plus fortes au Québec. L'adaptation des services aux besoins spécifiques des femmes autochtones interpelle tous les services sociaux et de santé dans la région²⁹.

« La régie, les groupes de femmes et les établissements, on ne sait pas trop si on devrait intervenir [avec les Autochtones]. Quand on pense qu'on devrait, on ne sait pas trop comment. Ils prennent de plus en plus en charge leurs propres services ce qui fait que le malaise est encore plus grand. »
(professionnelle de la régie)

L'appauvrissement des femmes et la violence conjugale ressortent dans les préoccupations des femmes interrogées; la formation dans des secteurs non traditionnels pour favoriser l'accès des femmes au marché du travail et conséquemment, leur autonomie financière, est vue comme importante. L'accès à des services médicaux est très difficile à cause de

la pénurie de médecins dans la région; les délais d'attente sont tels que bien des gens ont renoncé à se faire suivre par un médecin de famille. Une autre préoccupation porte sur l'éloignement et l'absence de services publics de transport qui exacerbent l'isolement et la vulnérabilité des femmes, notamment les femmes handicapées qui n'ont pas d'autre choix que des services bénévoles pour se déplacer. Nos informatrices rapportent que les listes d'attente pour obtenir des services sociaux ou psychologiques en CLSC sont longues et que les personnes qui bénéficient d'assurances individuelles ou collectives ont recours aux professionnels en pratique privée pour contourner les carences des services publics.

Avec les compressions financières dans le réseau public, les organismes communautaires sont de plus en plus sollicités pour répondre à des demandes de services pour des problèmes complexes, phénomène qui préoccupe les groupes de femmes.

« Il y a peu de choix pour les femmes. Le communautaire n'est plus une alternative avec les protocoles d'entente. Les CLSC veulent baisser leurs listes d'attente; ils ont des quotas à atteindre et voudraient nous transformer en groupes intermédiaires. » (membre du comité santé du regroupement régional des groupes de femmes)

Dans ce contexte, les rapports entre les groupes de femmes et le réseau public de santé et de services sociaux sont tendus.

Le PROS de la région B

La démarche qui a accompagné la préparation du PROS de 1998-2002 de la RRSSS a suscité beaucoup d'insatisfaction parmi les femmes consultées car la consultation a été très restreinte.

« Un bilan a été fait [par la RRSSS], validé et soumis à des gens lors d'ateliers [d'une journée]. Tout le monde était réuni par programme ou par dossier. Pour conditions de vie des femmes, il n'y a pas eu de rencontre comme telle, on l'a traité à l'intérieur de la santé publique. »
(professionnelle de la RRSSS)

Une femme active au sein du regroupement des femmes de la région explique les pressions qui ont été exercées sur la RRSSS pour que le regroupement puisse prendre part à la consultation.

« La consultation... c'est une vraie farce. Si on n'avait pas bougé, on n'aurait pas été consultées. [La régie] n'avait pas prévu de consultations. Les groupes communautaires dont la table [des groupes de femmes] ont dit : il faut s'inscrire dans le plan. C'est là qu'ils [la régie] ont organisé vite des consultations, puis ça été dur d'avoir les documents. C'était des consultations par programme. Comme on n'a pas de programme [femmes], on a été partout sur tous les programmes... Il n'y a pas eu d'audiences publiques pour recevoir les mémoires. Donc on a fait acheminer [le mémoire des groupes de femmes] à tous les membres du CA et on a demandé que ce

soit discuté au CA. » (membre du comité santé du regroupement régional des femmes)

L'ajout d'une section portant sur les conditions de vie des femmes dans le PROS de 1998-2002 est donc considéré par certaines informatrices comme un compromis des groupes de femmes qui réclamaient un programme spécifique « femmes » dès 1996, tandis que d'autres sont d'avis que le fait d'avoir une section traitant des conditions de vie des femmes dans le PROS est « un atout, d'autant plus que la régie indique qu'elle a besoin d'une ressource à temps plein pour le réaliser. »

En fait, le PROS de 1998-2002 reprend les engagements de la planification précédente en matière de conditions de vie des femmes et propose de dresser un portrait régional, suivi d'un plan d'action pour l'adaptation des services aux besoins des femmes. De l'avis des femmes consultées, la lenteur de la démarche est inquiétante.

« Le plan conditions de vie [des femmes] aurait dû être fait sous le premier plan de transformation en 97, puis n'a jamais été fait. Pendant trois ans, on n'a eu que la table des matières. On se sent encore dans la même affaire. Il pourrait être sur la tablette. » (membre du comité santé du regroupement régional des groupes de femmes)

Dans le PROS, la RRSSS explique la situation par le manque de ressources et indique que l'ajout d'une nouvelle ressource à temps complet sera nécessaire pour faire le suivi des objectifs énoncés dans le PROS en regard des conditions de vie des femmes, ce qui requiert un montant récurrent de 70 000 dollars du MSSS.

La fonction de répondante en condition de vie des femmes

Plusieurs informatrices ont souligné qu'il n'y a pas de membre du personnel de la RRSSS dont le mandat prioritaire porte sur la condition féminine. À la direction des programmes, une professionnelle consacre environ un jour par semaine au dossier de la violence faite aux femmes. Une autre professionnelle rattachée à la santé publique a la responsabilité de réaliser le portrait régional et le plan d'action sur les conditions de vie des femmes. Toutefois, la majeure partie de son temps doit être consacré au dossier de la prévention du suicide, de sorte qu'il lui reste peu de temps à consacrer à la préparation du plan d'action en condition féminine.

« Quand je suis arrivée, ... il y avait une table des matières. J'avais pas de chercheur avec moi. J'ai fait un portrait assez général et après je vais reprendre chacun des programmes et essayer de documenter ça en lien avec les différences hommes/femmes. Il faut avoir une analyse différenciée puis organiser les services en conséquence. C'est mon but sauf que j'ai tellement peu de temps à consacrer à ça et pas beaucoup de support. C'est pas un dossier qui est populaire à la régie. Il est un peu comme invisible à la régie. » (professionnelle de la RRSSS)

Cette perception est partagée par des professionnelles cadres de la RRSSS.

De plus, la RRSSS n'a pas de comité aviseur en condition de vie des femmes rattachée à sa structure organisationnelle.

« S'il y avait un comité aviseur plus à l'interne ou plus officiel dans les structures de la régie, je pense que ça aiderait parce que, parmi ceux qui influencent, s'il y a personne à l'interne qui est assez motivé par ce dossier, l'influence vient de l'extérieur... quand les groupes vont faire pression. »
(professionnelle de la RRSSS)

L'absence d'un comité aviseur à la RRSSS et les ressources limitées consacrées à la réalisation du plan d'action en matière de santé, bien-être et condition de vie des femmes traduisent, selon certaines interlocutrices, un manque de volonté en matière de condition féminine de la part de la direction de la RRSSS.

Les interactions entre les groupes de femmes et la RRSSS

Le regroupement régional des groupes de femmes est très mobilisé autour des enjeux relatifs à la santé et au bien-être des femmes et son comité santé est consulté de façon informelle par les responsables du dossier de la condition de vie des femmes de la RRSSS.

« C'est comme si le comité [de la table régionale des groupes de femmes] est le comité aviseur pour [la régie]. Il n'est pas officiellement nommé comme ça mais il joue ce rôle là... J'y allais de façon régulière à toutes les rencontres, mais pour les dernières, j'ai eu comme une période réservée sur les dossiers qui concernent la régie. Je ne suis pas là pour leur partie concertation entre elles. » (professionnelle de la RRSSS)

Le rôle du regroupement régional des groupes de femmes s'explique par sa participation de longue haleine. Dès la création de la RRSSS, les groupes de femmes ont exercé un leadership dans la mobilisation du mouvement communautaire, afin qu'il prenne sa place dans les instances décisionnelles régionales en santé. La présence d'un siège réservé aux groupes de femmes, dans la représentation du milieu communautaire au conseil d'administration de la RRSSS³⁰, a servi au mouvement des femmes de la région pour y faire valoir directement ses préoccupations, suscitant parfois quelques résistances.

« Ici la CROC [coalition régionale des organismes communautaires] a été mise sur pied par les groupes de femmes. Les autres organismes trouvent que la problématique femme prend trop de place, qu'elle a trop de financement. C'est pas si facile qu'ils nous appuient. On parle fort dans plusieurs dossiers et on peut être dérangeantes. » (membre du comité santé du regroupement régional des groupes de femmes)

De l'avis des membres du conseil d'administration que nous avons consultées, les dynamiques au sein du conseil d'administration de la RRSSS sont souvent le terrain de luttes d'influence entre les MRC de la région. L'une d'elles exprime son scepticisme sur la possibilité d'y exercer une réelle influence.

« Le poste au CA a surtout permis de rehausser la crédibilité des groupes de femmes. Ça a mis en lumière comment on travaille. On reconnaît la compétence des personnes, mais pas la lutte ni l'intervention féministe... Mais de là à assumer que les femmes vont changer les conditions de pratique, c'est deux. Il n'y a pas de conditions facilitantes. » (membre du comité santé du regroupement régional des groupes de femmes)

Certaines des femmes consultées privilégient alors une pression plus directe sur la direction de la RRSSS pour faire avancer le dossier de la condition de vie des femmes.

« Présentement, il n'y a pas beaucoup d'autres canaux sauf que les groupes [de femmes] passent souvent directement par le DG [directeur général] depuis un certain temps. Je pense que c'est une bonne stratégie parce qu'il est préoccupé par ce qu'on fait du dossier de condition de vie des femmes. Même qu'il est un peu inquiet des fois, je dirais, de ce que les groupes de femmes peuvent faire. Il est à l'écoute. » (professionnelle de la RRSSS)

Plusieurs membres du comité santé du regroupement régional des groupes de femmes sont d'avis que l'issue de leurs démarches visant à influencer sur la planification régionale reste peu satisfaisante. « Si on remonte à cinq ou dix ans, il y a des pas, mais il a fallu lutter et il faut encore lutter pour maintenir nos acquis... Je pense qu'on est devenues incontournables », disent certaines tandis que d'autres affirment que « c'est pas clair s'il y a des progrès. On a juste remodelé le discours... parce que le reste ne suit pas. » Considérant l'intervention importante et prolongée du mouvement des femmes dans cette région relativement aux questions de santé des femmes, nos informatrices s'inquiètent aussi de la re-centralisation amorcée par le MSSS avec le projet de loi 28, qui réduit les marges de manoeuvre des RRSSS et la possibilité d'exercer une influence sur une base régionale.

Faits saillants

Dans la région B, les rapports entre les groupes de femmes et la RRSSS oscillent entre la collaboration et la pression. Le regroupement régional des groupes de femmes s'est mobilisé afin d'obtenir, de la RRSSS, l'engagement d'élaborer un plan d'action en matière de santé des femmes dans le PROS. Toutefois cet engagement tarde à se concrétiser, malgré les pressions exercées : « Honnêtement là, on va être franches, nous dit une professionnelle cadre, je pense que la sensibilisation est là, dans chacun des programmes, surtout selon la pression exercée. » Le comité santé du regroupement régional des groupes de femmes ne dispose pas des leviers qui lui permettraient d'assurer un suivi systématique des engagements inscrits dans le PROS. L'absence d'un comité aviseur en condition de vie des femmes en lien avec les instances décisionnelles de la RRSSS et le fait que la professionnelle responsable d'élaborer le plan d'action en santé des femmes ait peu de temps à y consacrer compte tenu de ses mandats compromet l'engagement de la RRSSS. En somme, la pression externe ne suffit pas; l'engagement de la direction et le soutien de ressources adéquates pour faire le suivi sont nécessaires afin de garantir l'élaboration et la mise en oeuvre du plan d'action prévu.

La région C

Les préoccupations des femmes consultées

Cette région est fortement urbanisée et compte une population nombreuse et diversifiée au plan socio-économique et au plan de l'origine ethnoculturelle. Cette diversité constitue un défi pour le réseau de la santé et des services sociaux qui offre une vaste gamme de services allant de programmes communautaires locaux à des activités ultra-spécialisées accessibles à la population de l'extérieur de la région.

La proportion de familles monoparentales et de personnes vivant seules est plus élevée dans cette région qu'ailleurs au Québec; il s'agit souvent de femmes responsables de familles monoparentales et de femmes âgées ou marginalisées qui connaissent la pauvreté. Les problèmes de pauvreté et de violence à l'égard des femmes sont mentionnés fréquemment comme des problèmes importants, par les femmes consultées.

Selon des intervenantes issues d'organismes communautaires actifs dans les communautés ethnoculturelles, la population immigrante connaît plusieurs difficultés : isolement dû à la barrière de la langue, discrimination au niveau du logement, non-reconnaissance de la formation acquise dans le pays d'origine, emplois précaires, difficultés conjugales et familiales liées au choc des valeurs tant dans les relations entre les femmes et les hommes que dans les rapports entre parents et enfants (Zambrana, 1988; Vissandjée et coll., 1998). Les personnes récemment immigrées sont souvent déroutées par la complexité du système de santé et la méconnaissance de ses modes de fonctionnement.

« Il faut toujours s'allouer plus de temps pour pouvoir expliquer où aller chercher parce qu'il y a des incompréhensions et parfois, c'est même pas la langue. » (intervenante d'un groupe oeuvrant dans les communautés culturelles)

Toutefois, les opinions divergent sur les moyens à développer pour que les besoins spécifiques de ces communautés soient mieux pris en compte. Certaines suggèrent qu'il y ait des postes réservés à des représentants ou représentantes de ces communautés dans les structures décisionnelles du réseau sociosanitaire. D'autres comptent plutôt sur l'approche globale mise de l'avant par l'intervention féministe.

Les groupes de femmes sont préoccupés de la diversité des situations vécues par les femmes et certains s'efforcent de faire reconnaître les besoins particuliers des femmes qui vivent des situations de marginalité, comme les femmes lesbiennes, les femmes handicapées ou les femmes itinérantes :

« Quand on a commencé à parler de violence pour les femmes handicapées, ... on se faisait dire par tout le monde que ça ne se pouvait pas »; ou encore « il y a 15 ans, ils ne reconnaissaient même pas l'existence de femmes itinérantes, il a fallu le démontrer. » (intervenante d'un groupe de femmes)

Certaines de nos informatrices craignent toutefois que l'approche centrée sur des clientèles jugées « à risque », entraîne une fragmentation des services et contribue à exercer un contrôle social, surtout sur les femmes marginalisées.

Le virage ambulatoire fait aussi l'objet de vives critiques par les femmes consultées en raison des ressources jugées insuffisantes et des conséquences négatives pour les femmes. Certaines sont aussi d'avis que les services du réseau public, notamment les services de première ligne en CLSC, devraient être plus accessibles: « Il y a des CLSC un peu trop fonctionnarisés là, qui ne sont pas assez proches... des populations » (membre du conseil d'administration de la RRSSS).

Des interlocutrices considèrent que le peu d'attention accordé aux besoins des femmes mène à des carences importantes dans la gamme de services disponibles dans le réseau public de services. En voici quelques exemples :

« On refuse de reconnaître la spécificité femme actuellement, dans tout ce qui a lieu aussi en santé mentale... il n'y a pas de centre de crise pour femmes; alors les femmes sont souvent harcelées, pas seulement par les intervenants, mais par la clientèle... mais on n'en tient pas compte vraiment du besoin de sécurité des femmes dans les interventions en santé mentale. » (intervenante d'un groupe de femmes)

« On parle beaucoup de vieillissement de la population, mais on n'a pas développé des programmes qui tiennent compte du vieillissement de la population des femmes. Alors quand les femmes sont en recherche d'informations sécuritaires et raisonnables sur la ménopause par exemple, sur l'hormonothérapie ou sur les pratiques alternatives, ... il n'y a pas de programme qui émane de la santé publique... pour éduquer les médecins et les établissements publics pour ensuite donner l'information aux femmes. » (intervenante d'un groupe de femmes)

Nos interlocutrices ont mentionné que les groupes de femmes n'ont d'autres choix que de compenser les carences du réseau public, malgré leurs ressources limitées.

Le PROS de la région C

Dans la consultation qui a accompagné la préparation du PROS de 1998-2002, la RRSSS a utilisé plusieurs moyens pour joindre différents publics : la population, les comités d'usagers, les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et de nombreux groupes et organismes intéressés par les questions de santé. En plus de la réception de mémoires et de la tenue d'audiences publiques, la RRSSS a organisé des forums thématiques, elle a réalisé des sondages par téléphone et sur Internet et des représentants de la RRSSS ont participé, sur demande, à quelques rencontres pour expliquer le PROS projeté à des groupes de citoyens et citoyennes. Ces consultations ont été accompagnées de campagnes de publicité dans les journaux pour informer la population.

Les membres du conseil d'administration de la RRSSS que nous avons consultés ont confirmé les efforts d'ouverture en matière de consultation ainsi que l'intervention active du conseil d'administration dans cette démarche. Un rapport des membres du conseil d'administration de la RRSSS, représentant le milieu communautaire, confirme ce point de vue :

« Tous et toutes ont estimé que les pratiques de consultations et d'audiences publiques, voire même d'audiences télévisées de la régie, étaient dignes de mention. Les consultations effectuées par la régie sont donc respectueuses d'un point de vue démocratique. La seule nuance à souligner se rapporte au fait que certaines questions auraient mérité selon nous des consultations publiques alors que ce ne fut pas toujours le cas. » (extrait du rapport)

Cependant, force est de constater qu'un très petit nombre de mémoires (3/120) présentés lors des audiences publiques l'ont été par des groupes oeuvrant en condition féminine³¹. Seule une brève mention de l'analyse différenciée selon les sexes est inscrite dans le bilan des consultations : « Il est aussi souhaité de rendre spécifique le genre féminin dans l'ensemble des programmes et services », mais elle reste sans conséquence dans la suite du PROS.

Le PROS de 1998-2002 de la RRSSS est basé sur des *continuum* de services en santé physique, en santé mentale ou ciblant des clientèles ou des problématiques particulières; il n'inclut pas de section sur les conditions de vie des femmes. Deux programmes concernant spécifiquement les femmes reçoivent une attention particulière : l'intervention en matière de violence faite aux femmes et la lutte contre le cancer du sein. À l'exception de ces programmes résultant d'orientations ministérielles, le PROS n'introduit ni objectif, ni orientation spécifique, pour prendre en considération les caractéristiques de la population féminine. Comme le souligne un avis du Conseil du statut de la femme (Québec, CSF, 1999b), les orientations ministérielles en planification des naissances, la politique de périnatalité, et les orientations ministérielles sur l'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles ne sont pas reprises explicitement dans ce PROS; plusieurs *continuum* reproduisent l'invisibilité des femmes en ignorant la féminisation du vieillissement et de la pauvreté, ainsi que les effets particuliers du virage ambulatoire sur les femmes aidantes.

La fonction de répondante en condition de vie des femmes

Le questionnaire rempli par la RRSSS à l'été 2000 indiquait qu'il n'y avait pas de répondante ni de comité aviseur en condition de vie des femmes et que ce dossier était géré de façon transversale. Une professionnelle de la RRSSS s'est vue confier le mandat de coordination en condition féminine et son rôle consiste surtout à répartir les dossiers entre les diverses unités responsables dans l'un ou l'autre *continuum* de services. Sa responsabilité porte principalement sur la mise en oeuvre de la politique en matière de violence faite aux femmes et le suivi auprès des groupes de femmes financés par le programme de soutien aux organismes communautaires. Son poste a été muté de la direction de la santé publique à la direction de la programmation-coordination, dont il relève actuellement. De l'avis de la titulaire du poste, ce nouveau rattachement favorise des contacts plus fréquents avec les groupes communautaires qui interviennent en condition féminine.

Cette approche de gestion répartissant le dossier de condition féminine entre divers services s'accompagne d'une multiplication des lieux de concertation³², qui n'est pas sans conséquence sur les énergies requises des groupes de femmes; certaines femmes consultées ont l'impression de s'activer sans obtenir de résultats concrets.

« Dans d'autres régions, il aurait pu y avoir une écoute beaucoup plus peut-être, parce que... à la régie, ils sont plus proches de la communauté. [Ici], c'est vraiment énorme et l'énergie que ça prend aussi, les instances et les lieux... de concertation puis les comités, c'est phénoménal. C'est pas possible de suivre tout ça, que les mêmes personnes soient appelées à aller sur 25 comités, tu n'as plus de raison d'être dans ton centre. » (intervenante d'un groupe de femmes)

Divers réseaux régionaux de groupes de femmes ont réuni leurs efforts afin d'obtenir des changements dans la coordination du dossier de la condition féminine dans la structure organisationnelle de la RRSSS. Des interventions ont été faites lors d'une séance du conseil d'administration de la RRSSS pour demander que la répondante en condition de vie des femmes ait des responsabilités plus claires et des liens plus directs avec la direction de la RRSSS.

En réponse à cette démarche, le conseil d'administration de la RRSSS a demandé un état de situation concernant les activités en matière de condition de vie des femmes. Le rapport remis au conseil d'administration souligne que « nombre d'actions en matière de condition féminine sont également posées ou en voie d'être réalisées dans plusieurs continuum... et ce, bien qu'elles ne fassent pas l'objet de mesures spécifiques dans ce plan d'amélioration des services de santé et de services sociaux ». Différentes activités réalisées par la RRSSS elle-même ou en concertation avec différents partenaires sont alors répertoriées dans les différents *continuum* de services, notamment dans les services aux personnes âgées et les activités de dépistage et de référence pour les jeunes femmes enceintes toxicomanes.

Les femmes consultées nous ont fait part de leur point de vue sur ce rapport qui, à leur avis, se fait l'écho de l'absence d'une approche intégrée en matière de condition de vie des femmes, donnant lieu à des actions morcelées.

« Quand j'ai regardé le rapport qu'on a eu de la régie sur qu'est-ce qu'ils ont fait pour donner des services aux femmes, c'est beaucoup le fonctionnement par projet... C'est la façon de concevoir, alors si j'ai une suggestion à faire, c'est d'arrêter de penser de cette façon là. On ne va jamais trouver des solutions aux problèmes sociaux comme ça. C'est très réducteur. » (intervenante d'un groupe de femmes)

La RRSSS a également fourni au comité santé de la table régionale des groupes de femmes la liste d'une douzaine de professionnel-les réparties dans les différents services de la RRSSS et identifié-es comme répondant-es en condition de vie des femmes, ce qui ne correspond pas aux perceptions des intervenantes issues des groupes de femmes que nous avons consultées.

« Si je regarde avec la table des groupes de femmes et le comité santé, ce qu'on identifie actuellement, c'est qu'il n'y a pas de répondante en condition féminine à la régie régionale, même si on nous dit le contraire et on n'a pas, dans les groupes de femmes, la capacité d'identifier les personnes qui sont susceptibles de répondre à nos besoins. » (intervenante d'un groupe de femmes)

Cette démarche, survenue pendant le déroulement de notre étude, fut aussi révélatrice des ambiguïtés qui caractérisent la compréhension du mandat de répondante en condition de vie des femmes parmi les membres du conseil d'administration et la permanence de la RRSSS, ce que révèle le commentaire suivant d'une membre du conseil d'administration :

« Ça fait deux ans je pense, que moi j'étais tellement sûre qu'il y avait une déléguée de la condition féminine à la régie... J'ai appris finalement qu'il n'y en avait pas et là on a ramené le dossier à la régie pour dire ça en prend... mais sauf qu'ils ont patiné. » (membre du conseil d'administration).

Même si le résultat obtenu n'est pas satisfaisant selon les représentantes des groupes de femmes, leur démarche a ouvert un débat sur l'importance accordée au dossier de la condition de vie des femmes dans le PROS.

Les interactions entre la RRSSS et les groupes de femmes

Les rapports entre la RRSSS et les réseaux régionaux de groupes de femmes sont variables, ce qui, dans certains cas, est source de tensions. Les militantes consultées considèrent qu'il est difficile d'être entendues quand les projets ne font pas partie des priorités régionales. Certaines ont même l'impression que la mise en oeuvre de politiques ministérielles en matière de santé des femmes, non mentionnées dans le PROS, ne reçoivent pas l'attention requise.

« On a fait des demandes pour différents projets puis on a eu de l'argent seulement pour le cancer du sein. Pour tout ce qui s'appelle prévention, planning des naissances, on n'a jamais de nouvelles de ça... C'est ça qui nous fait dire que si on n'est pas dans les priorités, c'est plus difficile... Tu sais dans les priorités en planning qui sont supposées être mises en action depuis 97, mis à part des avortements de deuxième trimestre... il s'est toujours rien passé. Il y a moins de CLSC... il y a moins d'hôpitaux qui offrent des services. Les listes d'attente s'allongent... mais ça bouge toujours pas. » (intervenante d'un groupe de femmes)

Selon cette femme, de telles expériences portent à croire qu'« il n'y a aucun intérêt à la problématique femmes... si on ne donne pas un projet clef en mains qui rentre complètement dans les cases de leurs fiches. » D'autres interlocutrices craignent aussi que le travail ne soit à recommencer si les professionnelles responsables du dossier sont déplacées car, à leur avis, un frein important réside dans le manque de volonté de la direction.

« Même nos répondantes à la régie sont aussi très démunies souvent parce qu'elles suivent des lignes directrices. C'est une structure très hiérarchique. C'est un agenda politique qui est poursuivi avec des orientations ministérielles qu'ils appliquent. On demande qu'ils appliquent certaines politiques et ils le font même pas. » (intervenante d'un groupe de femmes)

D'autres femmes consultées considèrent qu'il y a là un recul sur le plan de la reconnaissance des différences entre les hommes et les femmes et critiquent l'absence d'orientation claire de la RRSSS en matière de condition féminine.

« On a tout enlevé la notion d'analyse différenciée selon le sexe... on va dans une espèce de discours de conditionnement pour nous faire accroire que les femmes deviennent violentes et puis que là les hommes ont besoin eux-mêmes aussi [d'avoir] accès au financement... on va parler des hommes abuseurs comme des personnes ayant des problèmes de santé mentale, ... des problèmes qu'on peut résoudre par la thérapie. Alors on veut envoyer de ces personnes en thérapie pour avoir cassé le bras de sa femme, pour avoir violé sa fille... Je trouve ça particulier. » (intervenante d'un groupe de femmes)

Elles s'interrogent également sur l'impact de l'adoption du projet de loi 28, alors que le rôle attendu des RRSSS consistera de plus en plus à traduire les politiques du MSSS dans leur PROS. Cette question soulève de vives préoccupations chez les militantes que nous avons consultées en ce qui concerne les interactions entre la RRSSS et les groupes de femmes.

Faits saillants

Dans la région C, le PROS de 1998-2002 de la RRSSS énonce peu d'engagement précis en matière de condition de vie des femmes. Bien que le PROS ne résume pas toutes les interventions de la RRSSS, les engagements qui y sont inscrits sont ceux qui retiennent l'attention des instances décisionnelles. De plus, l'approche transversale dans la gestion du dossier de la condition de vie des femmes, telle que préconisée par la RRSSS, se traduit dans les faits par l'absence de mécanismes internes pour en assurer l'intégration et le suivi systématique dans l'environnement complexe des services sociaux et de santé de la région. L'action concertée de divers réseaux féministes a permis récemment de raviver le débat, au sein de la RRSSS, sur l'intégration de l'approche différenciée selon les sexes dans la planification régionale et sur la nécessité d'une réelle coordination en matière de condition de vie des femmes. Toutefois, cette démarche n'assure pas de continuité dans le suivi du dossier, en l'absence de comité aviseur en condition de vie des femmes.

La région D

Les préoccupations des femmes consultées

Cette vaste région est située en banlieue d'un grand centre et connaît une croissance rapide de sa population. Elle comprend plusieurs villes de plus de 30 000 habitants et un secteur rural situé en périphérie de la région. Elle compte près de 10 p. 100 d'anglophones et les diverses communautés culturelles représentent un peu plus de 5 p. 100 de la population. Une communauté autochtone parmi les plus nombreuses est établie dans la région.

En ce qui concerne la situation des femmes, les problèmes de violence et de pauvreté sont mentionnés fréquemment par les femmes consultées, comme dans les autres régions.

« Les femmes arrivent quand elles sont sur le point d'avoir des problèmes de santé mentale, de manque d'estime de soi, elles vivent la surcharge et l'appauvrissement suite à une séparation... Les femmes peu scolarisées, qui ont été en couple 25-30 ans et qui vivent une séparation, sont très dépendantes du conjoint et vivent beaucoup d'isolement. » (intervenante d'un groupe de femmes)

Les groupes communautaires qui travaillent avec les différentes communautés culturelles jouent un rôle important d'information auprès de cette population, concernant les différents programmes et services sociaux et de santé disponibles. Les immigrantes sont particulièrement vulnérables car leur isolement et leur situation de dépendance à l'égard du conjoint sont accentués.

« Parfois le mari est arrivé quelques années avant, il a fait son intégration... Il y a une question de communication entre deux êtres qui ont été éloignés, qui n'ont peut-être pas, pendant ces années-là, développé les mêmes façons d'être, les mêmes attitudes ... La femme arrive avec les enfants et c'est malheureux mais ça produit une rupture... elle n'a pas de membres de sa famille, elle ne parle pas la langue, elle ne connaît pas les services qui sont offerts, alors on a un petit monde restreint. » (intervenante d'un organisme actif avec les communautés culturelles)

La difficulté d'avoir un médecin de famille et les délais d'attente pour obtenir des services psychologiques dans les CLSC sont fréquents dans la région. La coordonnatrice de la table des groupes de femmes de la région souligne aussi la difficulté d'accès aux services pour les femmes qui vivent en milieu rural sans moyen de transport.

Le PROS de la région D

La préparation du PROS de 1999-2002 a été précédée d'un bilan et d'un exercice de priorisation et accompagnée d'une consultation sur invitation³³. Le conseil d'administration a créé un comité *ad hoc* de six de ses membres pour suivre les travaux de préparation. Il a décidé de tenir des audiences publiques qui n'avaient pas été prévues initialement. Un peu plus d'une soixantaine de mémoires y ont été présentés.

Cette consultation s'est faite rapidement et des intervenantes des groupes de femmes, qui ont consacré beaucoup d'énergie à formuler des recommandations communes, sont d'avis que leurs efforts pour sensibiliser les responsables de la RRSSS ont eu peu de résultats. Les conditions de vie des femmes ne font pas l'objet d'analyse particulière et le PROS ne contient pas d'engagements structurés en ce domaine.

« Les services sont plus ou moins adaptés, compte tenu du fait qu'on n'a pas une prise en compte des différences entre les hommes et les femmes; on ne l'a pas dans le plan de consolidation 1999-2002, il n'y a aucune donnée sexuée. »

On a des données par âge, mais pas de données sexuées. » (intervenante des groupes de femmes)

L'invisibilité de la réalité particulière des femmes et des différences entre les sexes s'étend à l'ensemble de la planification régionale, selon des femmes consultées. Dans le volet portant sur les services aux personnes âgées, par exemple, la seule mention de la différence entre les femmes et les hommes porte sur le fait que les femmes consomment plus de médicaments que les hommes.

La violence conjugale est abordée comme une problématique parmi d'autres dans la section sur *«les traumatismes non intentionnels et intentionnels »*, intégrée au volet de santé publique. Cette approche a provoqué l'insatisfaction des groupes de femmes de la région.

« Ils nous ont consultées sur le plan de consolidation qui était en voie d'adoption et là on notait la disparition du programme-clientèle violence faite aux femmes, ce qui changeait plutôt pour un programme-clientèle violence en général. Il n'y avait plus de spécificité femmes là. Ça a été une grande perte. Comme je vous dis, on a participé, on a dénoncé [le projet]... Il y a eu un mémoire de déposé. Tous les groupes de femmes se sont prononcés haut et fort contre la disparition du programme... ça n'a pas donné rien. » (intervenante d'un groupe de femmes)

Ce changement est perçu comme un recul et un rejet des demandes portées par l'ensemble des groupes de femmes de la région; il fait craindre aux femmes consultées que les budgets affectés aux interventions auprès des femmes victimes de violence conjugale ne soient en partie détournés vers les ressources pour hommes violents.

Dans le PROS de 1999-2002, l'approche privilégiée par la RRSSS en matière de condition de vie des femmes est ainsi décrite par un responsable :

« Ce qu'on voulait faire, c'est de s'assurer que la préoccupation de la condition de vie des femmes soit intégrée, dans le fond, aux programmes-clientèles de manière à ne pas en faire un silo... On traite des problématiques santé à l'intérieur desquelles on retrouve différentes clientèles que là on va identifier soit par l'âge, soit par le sexe ou dans d'autres cas, ça pourrait être la nationalité. Dans l'approche santé publique, la catégorie âge est plus intéressante parce qu'elle définit des populations et en même temps elle peut définir des milieux d'intervention : les écoles, les milieux de travail. » (cadre de la RRSSS)

Un autre professionnel de la RRSSS est d'avis que :

« la variable sexe est considérée, ... mais je dirais que c'est peut-être pris en compte d'une manière indirecte à travers des indicateurs comme la pauvreté, la mortalité », ajoutant que les femmes sont : *« une clientèle qui va compter plus ou moins selon les problématiques. »* (professionnel de la RRSSS).

De l'avis des femmes consultées, le PROS ne fait que reproduire des priorités du MSSS, comme les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (Québec, MSSS, 1996) :

« *Même pour la violence conjugale, on parle de traumatismes intentionnels mais ça, ça vient par exemple de Québec. Ça c'est important parce que j'ai feuilleté le plan de consolidation mais j'ai feuilleté aussi tout le plan de la santé publique [du ministère]³⁴. Puis c'est du mot pour mot là, j'ai retrouvé du copié-collé dans le plan de consolidation.* » (intervenante d'un groupe de femmes)

Pour résumer les actions entreprises par la RRSSS en matière de condition féminine, on nous a référé au bilan régional de la mise en oeuvre du *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises* (Québec, SCF, 1997a) préparé par la Conférence administrative régionale (CAR). On y répertorie des activités en santé et services sociaux portant sur les mesures de soutien, d'accompagnement et de répit aux aidantes; le développement des pratiques et protocoles en courts séjours en périnatalité-obstétrique; le suivi de la politique en violence conjugale; et des interventions en vue de mettre en oeuvre les *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* (Québec, MSSS, 2000c). Des comités intersectoriels découlant de politiques gouvernementales en matière de violence conjugale et d'agressions sexuelles ont été mis en place par la RRSSS et certains ont donné des résultats satisfaisants, selon des informatrices : « On a pu voir tous les protocoles d'entente [en violence conjugale] signés dans la région grâce à l'énergie de ce comité. »

Le rapport de la CAR indique toutefois que certaines cibles d'actions sectorielles n'ont donné lieu à aucune action de la RRSSS, que ce soit pour adapter les services de soutien à l'intention des femmes en situation vulnérable, pour évaluer l'impact de la transformation du réseau sur les familles et les proches ou pour définir des indicateurs spécifiques aux femmes. Considérant les résultats de ce bilan de l'action gouvernementale dans la région en ce qui concerne le dossier de condition féminine, la CAR a recommandé que les ministères et organismes gouvernementaux membres désignent au sein de leur organisation une personne pour agir à titre de répondante à la condition féminine.

La fonction de répondante en condition de vie des femmes

La RRSSS ne s'oriente pas dans le sens des recommandations de la CAR, comme l'a confirmé un cadre de l'institution.

« *Dans la régie, de fait, il n'y a pas de personne attitrée à la condition de vie des femmes de façon formelle. Ce n'est pas un dossier, un programme-clientèle par exemple, qui a une forme à voir avec la régie, donc qui nous est dictée par le ministère. La préoccupation, elle est présente dans le fond dans chacun des programmes-clientèles.* » (cadre de la RRSSS)

Jusqu'à récemment, deux professionnelles de la RRSSS étaient affectées au dossier de la condition de vie des femmes : l'une à la direction des services et l'autre à la direction de la santé publique. Elles se répartissaient le suivi des différents dossiers relatifs à la condition de

vie des femmes et elles représentaient des interlocutrices stables pour les différents groupes de femmes de la région.

« Il y avait une responsable en condition féminine qui existait informellement, mais qui était là et avait des préoccupations. Mais ils nous ont dit que ce n'était pas dans les structures, que c'était quelque chose qui était informel. » (intervenante d'un groupe de femmes)

Dans ce contexte, les canaux de communication entre la RRSSS et la table régionale des groupes de femmes ont été rompus. Cette situation a contribué à créer l'insatisfaction et à déplacer les modes de communication vers des dynamiques de pressions ciblant les instances dirigeantes de la RRSSS qui n'a pas non plus de comité aviseur en condition de vie des femmes, malgré des demandes répétées des regroupements de femmes de la région.

Les interactions entre les groupes de femmes et la RRSSS

Les rapports entre la RRSSS et les groupes de femmes sont marqués par une accumulation d'expériences négatives. Un exemple cité par plus d'une informatrice est le fait que des recommandations issues d'une journée d'étude, sur le thème « Aidantes naturelles : un choix ou une obligation? », regroupant près d'une centaine de personnes membres de groupes communautaires, infirmières et professionnel-les des établissements du réseau public, ont été ignorées par la RRSSS.

« On a ouvert [cette journée d'étude] le plus large possible pour arriver à des recommandations... qui ne découlent pas seulement des groupes de femmes, mais qui sont allées chercher une adhésion plus large... On a abouti avec neuf recommandations qu'on a envoyées à chacun des CLSC en disant telle recommandation vous touche plus particulièrement, on aimerait avoir une réponse... On a envoyé la même chose à la régie régionale... On a reçu une lettre de réponse de la plupart des CLSC, nous disant c'est intéressant, on fait circuler ça, on va en tenir compte... Régie régionale, pas de réponse. » (intervenante d'un groupe de femmes)

Face à cette situation, la table régionale des groupes de femmes a choisi d'utiliser une approche de pression auprès du conseil d'administration de la RRSSS. Ainsi, une démarche concertée des groupes de femmes visant à obtenir un soutien financier de la RRSSS à l'organisation de la Marche mondiale des femmes de 2000 a donné des résultats, à la suite des pressions exercées.

« Au début, la demande a été carrément refusée par la direction générale... c'était même vu comme farfelu; il n'était pas question d'aller chercher des sous pour la Marche des femmes. Finalement, on s'est pointées au conseil d'administration, je pense qu'on était peut-être 125 femmes qui se sont présentées avec du travail préalable de sensibilisation auprès des membres du CA puis on a réussi à aller chercher 50 000 dollars de ce conseil d'administration. Donc je me suis rendue compte avec cet exemple... »

qu'on est capable de faire un bout de chemin quand on est bien organisé, quand on fait valoir notre point de vue. » (intervenante d'un groupe de femmes)

Les intervenantes de la table régionale des groupes de femmes qui ont plus d'interactions avec la RRSSS sont d'avis que les rapports de pression peuvent apporter davantage de résultats que la concertation. « L'approche du consensus, c'est bien le fun quand ça va bien, quand ton vis-à-vis est prêt à bouger... pendant qu'on fait ça, on n'est pas en train de se regrouper » nous a dit l'une d'elles. Pour certaines, c'est l'approche de pression qui est à retenir pour faire en sorte que la planification régionale tienne compte des besoins spécifiques des femmes. L'évaluation que fait la coordonnatrice de la table des groupes de femmes de ses contacts avec la RRSSS va dans ce sens, malgré les énergies requises pour ce faire.

« La question des femmes ici ça dérange, c'est pas quelque chose qui est très populaire à la régie, c'est pas quelque chose qu'ils veulent, qu'ils mettent de l'avant et il faut les réveiller là-dessus, mais ils ne répondent pas. Par rapport aux groupes communautaires plus larges, c'est déjà plus facile parce qu'il y a eu un travail intensif de la TROC [table régionale des organismes communautaires] depuis quatre ans. Ils talonnent la régie carrément. Nous autres par rapport à la condition féminine, ce qui est difficile, c'est le temps qui nous manque avec tous les dossiers qu'on traite. » (intervenante d'un groupe de femmes)

Le fait que le PROS de 1999-2002 s'en tient aux cadres établis par le MSSS accentue la perception que les marges de décision du conseil d'administration de la RRSSS sont presque nulles.

« Dans le plan, je trouve une vision très forte de la direction de la santé publique; donc la marge de manoeuvre qui reste pour le conseil d'administration au sein de la régie régionale de changer les choses, de faire bouger les choses est très minime... Puis les conseils d'administration où j'ai assisté, toutes les fois que les membres du CA ont tenté de faire changer les choses... ça a été bien difficile. » (intervenante d'un groupe de femmes)

Un professionnel de la RRSSS confirme également l'influence importante du MSSS sur la planification régionale.

« Il y a beaucoup de politiques actuellement qui nous sont envoyées du ministère et qui ont des incidences importantes en matière d'action régionale... Le Ministère est orienté par corridor de programme... De plus en plus dans les deux dernières années, la dynamique du ministère est pas mal plus directive... c'est pas mal plus prescriptif à ce moment là s'ils ont des choix, je dirais, d'allocation, de répartition budgétaire, les corridors

étant plus minces, c'est plus difficile qu'auparavant. » (professionnel de la RRSSS)

Il reconnaît que les rapports entre la RRSSS et les organismes communautaires, notamment les groupes de femmes, se caractérisent par une dynamique de pression auprès des instances dirigeantes de la RRSSS: « l'enjeu majeur ne se passe pas dans l'étape de documentation. C'est au niveau des lobby, des influences, de la gouvernance. » (professionnel de la RRSSS)

Devant les difficultés rencontrées dans les interactions avec la RRSSS, certaines intervenantes des groupes de femmes sont portées à conclure :

« La seule chose qui pourrait faire avancer autrement, c'est qu'il y ait vraiment quelqu'un qui porte la santé des femmes au niveau du ministère, qu'il y ait un poste... condition des femmes ou dossier femme. » (intervenante d'un groupe de femmes)

Plusieurs lieux de concertation semblent avoir été mis en veilleuse par la RRSSS³⁵ qui a entrepris une consultation sur les structures participatives, il y a quelques années. Les groupes de femmes y ont de nouveau réclamé la création d'un comité de la condition féminine. Or cette démarche a été suspendue abruptement, à cause des modifications à la gouverne du réseau sociosanitaire adoptées par le MSSS. Avec ces changements, la centralisation s'accroît, augmentant l'incertitude concernant le rôle qui sera confié aux RRSSS dans un cadre où le choix des priorités d'intervention sera de plus en plus l'apanage du ministère.

Faits saillants

Les rapports entre la table des groupes de femmes et la RRSSS se caractérisent par des problèmes de communication dans un contexte marqué par l'absence d'un comité avisé et d'une répondante en condition de vie des femmes. Les groupes de femmes sont mobilisés sur les enjeux en santé et services sociaux, mais le contexte provoque des dynamiques de pressions et des conflits. Plusieurs expériences négatives ont été rapportées par des femmes qui participent plus directement aux interactions avec la RRSSS. Cette dernière a adopté un cadre de planification tenant peu compte des politiques en matière de condition féminine. De plus, une consultation sur les structures participatives, initiée par la RRSSS, a été suspendue à cause des changements annoncés dans la gouverne du réseau public de la santé et des services sociaux.

5. QUELQUES ÉLÉMENTS PERMETTANT D'ÉCLAIRER DES PISTES STRATÉGIQUES

Les études de cas dans quatre régions illustrent les rapports entre des RRSSS et des tables régionales de groupes de femmes au Québec, en ce qui concerne la planification en matière de santé, bien-être et condition de vie des femmes. Quelques caractéristiques ressortent de l'analyse des données recueillies.

Dans les quatre régions, les groupes de femmes oeuvrent pour faire en sorte que la planification régionale en santé et services sociaux tienne compte des besoins spécifiques des femmes. L'action concertée des groupes de femmes est menée par le comité santé de la table régionale des groupes de femmes dans les régions B et C, tandis que dans la région A, les interactions entre les groupes de femmes et la RRSSS s'inscrivent dans le cadre d'un comité aviseur jouant un rôle dans les processus décisionnels de la RRSSS et dont les travaux sont bien arrimés à la programmation régionale. Dans la région C, des pressions exercées par les différents réseaux féministes ont fait ressortir l'ambiguïté des responsabilités de coordination en regard des dossiers concernant la condition de vie des femmes et ont amené la RRSSS à préciser ses orientations et ses interventions dans ce domaine. Dans la région D, la table régionale des groupes de femmes a rencontré des résistances au sein de la RRSSS, qui n'a plus de répondante en condition féminine. Selon les femmes consultées, la RRSSS a peu d'écoute pour les préoccupations des groupes de femmes et tarde à intégrer, dans la planification régionale, leurs connaissances des besoins spécifiques des femmes.

Les PROS dans les régions A et B comprennent une section traitant des conditions de vie des femmes, tandis que les PROS des régions B et C n'en ont pas. Cependant, on constate que les orientations, les politiques ou les programmes du MSSS en matière de santé des femmes, appuyés par des transferts de ressources pour leur réalisation, trouvent un écho dans les PROS³⁶. Cependant, le *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes* du MSSS (Québec, MSSS, 1998) est rarement mentionné dans les PROS analysés. De même, l'utilisation de l'ADS, qui est encore au stade de l'expérimentation au sein du MSSS, n'a pas encore influencé la planification sociosanitaire dans son ensemble. Les PROS s'inspirent de la *Politique de la santé et du bien-être* (Québec, MSSS, 1992) et sont structurés à partir de *continuum* de services ciblant surtout des populations vulnérables.

Les engagements en matière de santé, bien-être et condition de vie des femmes dans les PROS n'assurent pas qu'ils auront nécessairement l'attention de la direction ou qu'ils seront réalisés en priorité. Selon la majorité des personnes consultées issues des groupes de femmes ou des RRSSS, la vigilance et la persévérance des groupes de femmes pour assurer le suivi de ces engagements sont essentielles à leur réalisation. En l'absence d'indicateurs de suivi des orientations en matière de condition féminine inscrites dans le PROS, il est plus difficile d'évaluer la réalisation des engagements et l'atteinte des objectifs en ce domaine³⁷. Le PROS peut constituer un levier pour faire avancer les choses, sans nécessairement assurer en soi l'atteinte des résultats annoncés, lorsque des mécanismes de communication régulière

avec les regroupements de groupes de femmes ne sont pas inscrits dans la structure organisationnelle des RRSSS.

Dans la région A, la planification régionale en santé des femmes est plutôt axée sur la mise en place de processus permettant de favoriser la contribution continue des groupes de femmes à la démarche de programmation. Un comité aviseur en condition de vie des femmes, rattaché à la direction générale de la RRSSS, a été consolidé et reconnu officiellement par une décision du conseil d'administration. À l'interne de la RRSSS, l'accent est mis sur une coordination transversale en matière de condition féminine. Cette coordination est assumée par une répondante en condition de vie des femmes qui fait le lien entre le comité aviseur et les différents services de la RRSSS avec l'appui constant de la direction. Cette approche favorise l'ouverture aux échanges, la création d'un langage commun, la sensibilisation des professionnel·les oeuvrant dans différents volets de la programmation et un climat de collaboration qui, malgré des points de vue différents à l'occasion, apporte des retombées. Ainsi, le comité aviseur en condition de vie des femmes a donné des avis sur la situation et les besoins particuliers des femmes en matière de lutte à la pauvreté ou des orientations en santé mentale; ces aspects n'étaient pas inscrits dans la section du PROS de 1998-2002 portant sur la santé des femmes, mais ils ont fait l'objet de travaux.

Dans la région B, le PROS de 1998-2002 reconduit les engagements de la période antérieure et prévoit essentiellement la réalisation d'un portrait en matière de santé des femmes qui devra servir d'assise à l'élaboration d'un plan d'action. La professionnelle responsable du dossier à la RRSSS est rattachée au secteur de la santé publique et elle dispose de peu de temps pour réaliser ce mandat; de plus, elle se trouve relativement isolée du processus continu de réalisation de la programmation au sein de la RRSSS. À son avis, les retards dans la réalisation des engagements en matière de condition de vie des femmes, inscrits dans le PROS de 1998-2002, ne sont pas en voie de se résorber faute de ressources pour les réaliser. Cette situation est source de tensions dans les rapports entre la RRSSS et le mouvement des femmes, car elle provoque le scepticisme de la table régionale des groupes de femmes quant à la volonté réelle de la RRSSS de concrétiser ses engagements.

Dans la région C, la RRSSS privilégie une approche transversale pour tenir compte des conditions de vie des femmes dans ses activités régulières de programmation des services sociaux et de santé. Toutefois, dans les faits, le mandat de la répondante en condition de vie des femmes consiste surtout à répartir les dossiers de condition féminine aux différents services, au fur et à mesure qu'ils se présentent. Des regroupements régionaux qui interviennent avec les femmes, et qui ont acquis une expertise dans l'identification de leurs besoins spécifiques et d'approches variées pour y répondre, sont actifs dans des comités sectoriels. Cependant, la table régionale des groupes de femmes ne se trouve pas en mesure d'influencer l'ensemble de la programmation régionale de façon concertée et elle réclame que la RRSSS se dote de mécanismes de coordination rattachés à la direction générale.

Dans la région D, malgré les efforts de la table des groupes de femmes pour faire entendre ses préoccupations, avec la collaboration du réseau communautaire, la communication avec la RRSSS est difficile. La RRSSS n'ayant ni comité aviseur, ni répondante en condition de

vie des femmes au moment de l'étude, la table régionale des groupes de femmes a choisi d'exercer des pressions au niveau du conseil d'administration. De plus, les cadres de la RRSSS que nous avons rencontrés étaient peu renseignés sur l'approche différenciée selon les sexes ou les programmes ou interventions de la RRSSS en matière de condition féminine.

Dans les différentes régions, la collaboration des femmes siégeant aux conseils d'administration des RRSSS, à titre de représentantes du mouvement communautaire, a permis de soutenir les interventions des groupes de femmes et de contribuer à la réalisation et au suivi des engagements des RRSSS en matière de condition féminine. Toutefois, la réforme récente dans la gouverne du réseau de la santé vient modifier considérablement le cadre d'imputabilité des RRSSS avec la nomination par le MSSS des membres des conseils d'administration et des présidents-directeurs généraux.

Enseignements tirés de l'expérience dans une cinquième région

Une entrevue additionnelle avec une militante du mouvement des femmes, siégeant au conseil d'administration d'une RRSSS ne faisant pas partie des études de cas, a été ajoutée. Dans cette région, la RRSSS a produit un état de situation sur les besoins spécifiques en santé des femmes et elle a mené une consultation régionale sur la réponse à ces besoins, dans le but d'élaborer un plan d'action. L'objectif de cette entrevue était d'élargir notre compréhension de certains facteurs qui favorisent la réalisation des engagements des RRSSS en matière de condition féminine.

L'engagement d'élaborer un plan d'action en santé des femmes était inscrit dans le PROS de 1998-2002. Cet engagement résulte des efforts constants de représentantes des groupes de femmes et des femmes qui siègent au conseil d'administration. Il en fut de même pour qu'il soit réalisé.

« Ce qui a été gagné quand le plan de consolidation a été fait... ça été en collaboration avec plusieurs femmes qui étaient à l'époque au conseil d'administration de la régie régionale... C'est ce qui a fait qu'on a réussi à avoir un volet santé des femmes dans le plan de consolidation de la régie. On avait aussi évidemment tout fait le processus de consultation là, mais en bout de ligne c'est qu'on poussait... de tous les bords... J'ai passé un an au CA de la régie à aller poser en période de question : Quand est-ce qu'on le fait le plan d'action en santé des femmes? Puis j'envoyais des documents. On avait une série de petits moyens de pression sur notre régie pour que ça bouge. Et quand le [nouveau] directeur de l'organisation des services... a été nommé, son directeur général [de la RRSSS] lui a dit : tu t'occupes du volet santé des femmes... Il faut qu'il se passe quelque chose... C'est depuis qu'il a pris ça en mains que ça bouge en santé des femmes. » (membre du conseil d'administration d'une cinquième RRSSS)

La réalisation des engagements inscrits dans le PROS a donc été confiée à un cadre qui tient son mandat directement de la direction générale et qui occupe une position lui permettant

d'influencer l'ensemble des secteurs de services au sein de la RRSSS. Cela tend à confirmer qu'une orientation claire de la direction et la position occupée par la personne responsable du dossier dans les structures organisationnelles sont des facteurs clés dans la réalisation des engagements des RRSSS en matière de santé des femmes.

La militante issue du regroupement régional des groupes de femmes dans cette cinquième région considère que le fait de siéger elle-même au conseil d'administration de la RRSSS lui a permis d'acquérir de l'influence, tout comme les femmes qui l'ont précédée au conseil d'administration et qui ont contribué à obtenir que des engagements en matière de santé des femmes soient intégrés au PROS.

« Moi je pense que l'acquis, c'est qu'en tant que membre du CA, j'ai pas le même statut à la régie, il faut le reconnaître... je suis devenue incontournable comme membre du CA de la régie. C'est sûr qu'il reste toujours à établir ta crédibilité... Donc les démarches après étaient plus faciles à la régie pour faire avancer les choses, pour obtenir de l'information... pour obtenir la collaboration de l'interne... en ce sens là, j'ai trouvé ça facilitant. » (membre du conseil d'administration d'une cinquième RRSSS)

Dans cette région, c'est le comité santé, en collaboration avec le comité de coordination de la table régionale des groupes de femmes, qui agit comme interlocuteur externe de la RRSSS en ce qui concerne l'élaboration du plan d'action en condition de vie des femmes. Le comité aviseur en condition de vie des femmes de la RRSSS a été dissout et il ne reste que des comités sectoriels, comme celui sur la violence faite aux femmes. De plus, selon notre informatrice, le mandat de la répondante en condition de vie des femmes se limite au suivi du dossier en violence faite aux femmes.

Les progrès réalisés dans l'élaboration d'un plan d'action en matière de condition de vie des femmes dans cette région résultent donc d'une combinaison de stratégies : « Autant ça nous prenait la Marche des femmes, autant ça nous prend des femmes bien placées qui utilisent ces mobilisations ». Selon notre informatrice, la période de consultation n'est qu'une étape du processus de planification et c'est l'ensemble de la démarche de planification qui doit retenir l'attention des groupes de femmes.

« Moi je trouve qu'il faut être comme à l'intérieur de ce qui se passe. Donc si, mettons, la régie se donne un plan triennal, bien d'être au cœur de la discussion sur le plan triennal, ça fait que tu intègres des préoccupations transversales un petit peu partout. D'un autre côté, je trouve que la préoccupation transversale n'est pas suffisante; il faut qu'il y ait un chien de garde qui s'assure que la préoccupation transversale soit prise en compte un peu partout parce que si on fait juste l'inscrire et que tu ne suis pas les affaires... ça va être leur cinquante millième priorité. » (membre du conseil d'administration d'une cinquième RRSSS)

L'expérience de cette militante met aussi en évidence un élément significatif. La participation continue de représentantes des groupes de femmes au processus de planification et de

programmation contribue au respect des engagements en matière de condition féminine dans le réseau de la santé et des services sociaux à l'échelon régional. Les dynamiques varient selon les régions pour s'ajuster au contexte, que ce soit des interventions de femmes lors des réunions du conseil d'administration de la RRSSS ou dans une structure associée de près à la direction générale comme un comité aviseur en condition de vie des femmes. On observe plus de satisfaction quant aux résultats atteints et une évaluation plus favorable des interactions avec la RRSSS, chez les militantes des regroupements régionaux de groupes de femmes, lorsqu'une personne répondante en condition de vie des femmes bien identifiée et des mécanismes de communication directs avec les instances de décision existent dans les structures de la RRSSS.

Les changements dans la gouverne du réseau sociosanitaire au Québec

Avec l'adoption du projet de loi 28³⁸ par le gouvernement provincial, en juin 2001, le mode de nomination des membres des conseils d'administration des RRSSS se fait désormais par désignation du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ces nominations se font à partir de listes proposées par divers organismes de la région³⁹. Même si la Loi mentionne que « toutes les listes visées... doivent tendre à une parité entre les femmes et les hommes » (art. 66)⁴⁰, ces mêmes personnes doivent être « reconnues pour leurs compétences en gestion » (art. 65). Un tel critère, s'il est appliqué selon la formation ou l'expérience professionnelle seulement, peut entraver une représentation plurielle des femmes de la région. Ces changements reflètent une évolution des modes de représentation, partant d'une perspective de représentativité des partenaires et du milieu régional au profit d'une expertise en gestion.

Par ailleurs, la Loi prévoit la nomination par les conseils d'administration des RRSSS de forums de citoyens et citoyennes qui ont pour mandat : 1) de « consulter la population sur la satisfaction de celle-ci au regard des services dispensés et sur les besoins en matière d'organisation des services »; et 2) de donner des avis sur le « plan stratégique triennal d'organisation des services » que doit produire chacune des RRSSS. Ces forums, dont les activités sont coordonnées par le président-directeur général de la RRSSS, se réunissent avec le conseil d'administration au moins deux fois par an et n'ont qu'un pouvoir de recommandation.

Dans ce nouveau contexte, quels pourront être les lieux d'échange continu entre la RRSSS et les groupes de femmes qui connaissent les besoins spécifiques des femmes et qui pourraient alimenter la programmation régionale avec l'expertise acquise auprès de femmes de divers milieux? Il s'agit de doter les RRSSS de mécanismes permettant d'assurer l'emploi des outils d'application de l'ADS qui résulteront des expérimentations en cours et de tenir compte des besoins spécifiques des femmes dans les différentes régions. Cette question inquiète les représentantes des groupes de femmes que nous avons rencontrées dans toutes les régions visées par les études de cas. De plus, il s'agit de la mise en oeuvre d'engagements gouvernementaux en matière de condition de vie des femmes, dans un secteur névralgique de la société, le domaine de la santé et des services sociaux.

L'expérience d'un comité aviseur en condition de vie des femmes, lié aux instances décisionnelles de la RRSSS tel qu'observé dans la région A, s'avère une possibilité intéressante à la condition qu'elle s'accompagne d'orientations claires de la part des RRSSS en matière de santé, bien-être et condition de vie des femmes. Considérant la grande variabilité des dynamiques révélées par les études de cas, il est nécessaire que la confirmation de cet engagement en matière d'égalité entre les hommes et les femmes relève d'une orientation gouvernementale qui s'accompagne de moyens précis pour assurer sa mise en oeuvre dans les structures décisionnelles des RRSSS. Il y a déjà un précédent où des comités aviseurs à la direction générale des RRSSS ont été créés par voie législative et existent dans toutes les régions : ce sont les comités sur l'accès aux services en langue anglaise. À la suite des observations que nous avons faites, il s'agit d'une voie à explorer pour assurer la collaboration entre les RRSSS et les regroupements régionaux des groupes de femmes. De plus, la présence d'une répondante en condition féminine en lien direct avec la direction générale est un mécanisme qui favorise grandement les communications fructueuses avec les regroupements régionaux des groupes de femmes et le suivi des engagements inscrits dans les PROS.

Le réseau de la santé et des services sociaux doit répondre à de multiples besoins dans une société de plus en plus diversifiée. L'intégration de l'ADS dans la planification sociosanitaire permet de mieux comprendre les effets particuliers du statut et des rôles sociaux différents des femmes et des hommes sur leur santé et leur bien-être et sur l'utilisation des services ainsi que la contribution importante des femmes aux soins des personnes dans la famille, le milieu communautaire et les services sociaux et de santé. À défaut de reconnaître ces différences, source d'inégalités entre les sexes, les transformations opérées dans le réseau sociosanitaire durant les années 1980 ont eu des effets négatifs sur plusieurs femmes, notamment les nombreuses femmes aidantes qui soutiennent des personnes ayant des incapacités. La prise en compte des inégalités entre les hommes et les femmes est indispensable pour corriger les effets néfastes de ces transformations sur la situation des femmes et pour favoriser l'équité entre les hommes et les femmes.

6. SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

Les différents échelons de gouvernement ont pris des engagements en ce qui concerne l'application d'une analyse différenciée selon les sexes dans l'élaboration et l'évaluation des politiques. Toutefois, la mise en oeuvre de ces engagements, notamment dans les services sociaux et de santé, tarde.

Au Québec, les RRSSS ont pour mission « d'adapter les services sociosanitaires aux besoins et aux réalités des diverses clientèles qu'elles desservent. » Selon le MSSS, elles sont « maîtres d'oeuvre de la planification, de l'organisation et de la coordination des programmes et services ainsi que de l'allocation des ressources » (Québec, 2002). Cela se traduit dans des PROS élaborés tous les trois ans. Les politiques ministérielles qui touchent la condition de vie des femmes trouvent peu d'écho dans les PROS. De plus, les transformations du système de santé et de services sociaux mises en oeuvre par les RRSSS depuis 1995 ont eu des conséquences néfastes sur les femmes de diverses conditions.

Notre étude réalisée en 2000-2001 visait à explorer l'expérience de participation des groupes de femmes aux processus décisionnels dans le réseau de la santé et des services sociaux à l'échelon régional, pour réfléchir à l'inscription des objectifs de promotion de l'égalité entre les sexes dans les PROS tout en considérant la diversité des réalités vécues par les femmes. En fait, l'expérience des regroupements régionaux des groupes de femmes reflète les difficultés au plan de l'intégration de l'ADS dans la planification régionale et de la mise en oeuvre de services adaptés aux besoins spécifiques des femmes.

Les décisions sur la gouverne du réseau sociosanitaire prises en juin 2001 (projet de loi 28) bouleversent le cadre de nos recommandations. La nouvelle législation instaure un nouveau régime qui équivaut à une recentralisation de la gestion du réseau vers le MSSS : elle prévoit la conclusion d'ententes de gestion et d'imputabilité entre les RRSSS et le ministre; elle limite la participation de la population à l'échelon régional en instaurant des conseils d'administration désignés par le ministre, avec des forums de citoyens désignés par les conseils d'administration des RRSSS et ne disposant que de pouvoirs de recommandation. Cette nouvelle réalité doit être considérée dans l'analyse des stratégies de promotion de l'égalité entre les sexes dans la planification régionale en santé et services sociaux et va teinter la formulation de nos recommandations au MSSS, aux RRSSS et aux groupes de femmes.

Enfin, l'enjeu du financement du système de santé qui est l'objet d'un contentieux entre le gouvernement fédéral et les provinces canadiennes est hors du champ de notre étude, mais il a un impact important sur les ressources nécessaires pour mettre en oeuvre ces recommandations.

Recommandations au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

La *Politique de la santé et du bien-être* adoptée en 1992 et les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (Québec, 1996) orientent les PROS organisés par continuum de services. On remarque cependant l'absence quasi totale de mention du plan d'action

1997-2000 du MSSS en condition féminine dans les PROS de 1998-2002. L'absence d'ADS dans certaines orientations ministérielles, notamment en santé mentale (Québec, MSSS, 1997c) et dans les services aux personnes âgées en perte d'autonomie (Québec, MSSS, 2000) ne favorise pas l'adéquation des services aux besoins particuliers des femmes.

Par ailleurs, des politiques ministérielles assorties de cibles précises et de ressources réservées ont un effet sur la planification régionale. Citons par exemple la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale* ou le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* qui font l'objet de mesures spécifiques dans tous les PROS que nous avons analysés. Divers groupes de femmes participent dans les régions à des comités chargés de la mise en oeuvre de ces politiques et, dans certains cas, contribuent à l'adaptation des interventions aux réalités des communautés culturelles.

Le MSSS arrivera sous peu au terme d'une expérimentation sur l'intégration de l'ADS dans les services aux personnes âgées en perte d'autonomie. C'est un domaine crucial compte tenu de la féminisation du vieillissement de la population et de l'impact des rôles sociaux qui ont augmenté le fardeau des femmes qui sont appelées à assumer des soins de plus en plus lourds pour leurs proches, sans soutien adéquat du réseau de la santé et des services sociaux. Les leçons tirées de cette expérimentation doivent être rendues publiques et faire l'objet de mesures afin qu'elles puissent orienter la planification régionale des services sociaux et de santé pour la période à venir.

1. Nous recommandons au MSSS de considérer la réduction des inégalités entre les hommes et les femmes comme un objectif prioritaire dans la révision de la politique de la santé et du bien-être et des priorités nationales de santé publique, et de s'assurer d'une meilleure articulation de la planification régionale avec les politiques déjà adoptées en matière de santé des femmes, tout en considérant la diversité des besoins de la population féminine. La *politique de la santé et du bien-être* révisée devrait préciser des axes d'intervention et des objectifs à atteindre en matière de santé, de bien-être et de condition de vie des femmes. De plus, le plan d'action du MSSS en matière de santé, bien-être et condition de vie des femmes pourrait également bénéficier d'une diffusion plus large dans le réseau sociosanitaire.
2. Nous recommandons au MSSS de rendre public, dès que possible, le rapport sur l'expérimentation réalisée concernant l'application de l'ADS dans les services aux personnes âgées en perte d'autonomie et de formuler des objectifs de mise en oeuvre assortis de ressources adéquates pour les réaliser.
3. Pour guider l'implantation de l'ADS dans la planification régionale, nous recommandons au MSSS de créer un guide pratique d'application à l'intention des responsables de la planification régionale en santé et services sociaux et de préparer une formation sur le sujet à l'intention des conseils d'administration et des professionnel·les des RRSSS.
4. Compte tenu de la composition et du nouveau mode de nomination des conseils d'administration des RRSSS et de la pertinence des contributions des organismes qui interviennent directement auprès des femmes de diverses conditions, nous

recommandons au MSSS et au gouvernement du Québec de modifier la législation pour créer des comités aviseurs en condition de vie des femmes rattachés aux directions générales des RRSSS.

Recommandations aux régions régionales de la santé et des services sociaux

L'examen des PROS de 1998-2002 révèle des lacunes graves en matière d'ADS dans la planification régionale. Dans l'ensemble, les engagements spécifiques inscrits dans les PROS concernant la santé et les conditions de vie des femmes sont peu développés. Ils reflètent l'influence de certaines politiques ou certains programmes spécifiques adoptés au niveau ministériel, avec l'injection des ressources pour soutenir leur application; c'est le cas notamment en matière de violence faite aux femmes ou de dépistage du cancer du sein. Les PROS qui traitent de mesures pour réduire l'impact des transformations du système de santé et de services sociaux sur la situation des femmes sont des exceptions. Dans l'ensemble, on constate l'absence d'une approche intégrée de promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes et une dispersion des actions en santé des femmes dans la planification régionale.

Cinq des 16 RRSSS considérées ont inclus dans leur PROS une section sur les conditions de vie des femmes; trois d'entre elles réfèrent à un comité aviseur en condition de vie des femmes pour définir et actualiser leurs priorités dans ce domaine et deux autres s'engagent à produire un portrait et un plan d'action concernant les conditions de vie de la population féminine. L'option d'élaborer un plan d'action plutôt qu'un programme spécifique en matière de santé des femmes peut favoriser une approche transversale qui fixe des objectifs dans divers programmes et évite de constituer un créneau spécialisé faisant perdre de vue l'ensemble des services. Dans la foulée des engagements gouvernementaux en matière de condition féminine, les RRSSS devraient inscrire dans leurs PROS des engagements précis pour répondre aux besoins spécifiques des femmes et réduire les inégalités entre les sexes, en plus d'accompagner ces engagements d'une diversité de moyens et de ressources adéquates pour en assurer la réalisation.

En réponse à une question posée dans le questionnaire adressé aux RRSSS, 12 des 16 RRSSS ont indiqué avoir un comité aviseur en condition de vie des femmes. Un tel comité permet d'associer au développement de la programmation régionale des représentantes de groupes de femmes ou d'autres organisations intervenant directement avec des femmes de diverses conditions, et de bénéficier ainsi de leur expertise. Cependant, le statut de ces comités en condition de vie des femmes et les modes d'interaction entre la RRSSS et le regroupement régional des groupes de femmes varient beaucoup d'une région à l'autre. En ce sens, le rôle d'une répondante en condition féminine rattachée à la direction générale est un atout essentiel pour assurer une concertation fructueuse avec les groupes de femmes de la région.

Ces mécanismes ont été proposés en 1997, avec l'ajout d'une cinquième orientation à la politique du gouvernement du Québec en matière de condition féminine, portant sur *La place des femmes dans le développement des régions* (Québec, 1997b). Cependant, ces orientations n'ont pas été reprises par les RRSSS. En plus d'outils concrets d'application, l'implantation de l'ADS dans la planification régionale en santé et services sociaux nécessite

la mise en place de structures et de ressources en matière de condition féminine dans les institutions régionales et le recours actif et continu à l'expertise des groupes de femmes locaux et régionaux.

5. Nous recommandons aux RRSSS d'inscrire des engagements précis en matière de condition de vie des femmes et de réduction des écarts de santé entre les hommes et les femmes dans les prochains PROS, en consultation avec les réseaux d'organismes qui interviennent directement avec les femmes et qui sont en mesure d'aider à dégager les besoins spécifiques dominants. Les PROS devraient également inclure des indicateurs de suivi des engagements pris.
6. La création d'un comité aviseur en condition de vie des femmes rattaché à la direction générale dans chaque RRSSS est également recommandée. Avec les changements législatifs modifiant la composition et le mode de nomination des conseils d'administration, un tel comité composé de représentantes de groupes de femmes et d'organismes intervenant avec des femmes de divers milieux paraît d'autant plus utile pour cerner les réponses adaptées aux besoins spécifiques des femmes. Le comité aviseur détermine ses priorités en fonction de la situation régionale et des politiques sociosanitaires en cours d'implantation, afin d'intégrer ses recommandations dans le processus continu de mise en oeuvre de la programmation de la RRSSS, dans le but d'apporter des résultats concrets dans l'adaptation des services aux besoins spécifiques des femmes.
7. La nomination au sein du personnel de chaque RRSSS d'une répondante en condition de vie des femmes rattachée à la direction générale et qui apporte un soutien au fonctionnement du comité aviseur est aussi recommandée. Le rôle de la répondante consiste notamment à assurer le suivi des recommandations du comité aviseur et à entretenir des communications régulières avec les directions et les professionnel-les des RRSSS responsables des différents volets de la programmation régionale. Ce rôle de coordination favorisera la concertation avec les regroupements régionaux de groupes de femmes et la réalisation des engagements du PROS en matière de condition féminine.
8. Nous recommandons de plus que les RRSSS organisent des activités de formation et de sensibilisation à l'intention des divers professionnel-les des RRSSS et du réseau sociosanitaire, portant sur l'ADS, les besoins spécifiques des femmes de divers milieux et les engagements du plan d'action régionale en matière de condition féminine. Cette formation représente une condition nécessaire pour offrir des services répondant adéquatement aux besoins diversifiés des femmes.

Recommandations aux regroupements de femmes

Dans les quatre régions investiguées, les regroupements régionaux de groupes de femmes ont joué un rôle actif pour obtenir que des engagements en matière de condition féminine soient inscrits dans les PROS et pour s'assurer de leur réalisation. De plus, des groupes ou

des réseaux intervenant sur les conditions de vie des femmes sont intervenus dans la mise en oeuvre de politiques sectorielles s'adressant à des besoins prioritaires en matière de santé et de services sociaux adaptés aux besoins spécifiques des femmes. La contribution des groupes de femmes ayant acquis une expertise, tant au plan des besoins que des approches d'intervention, peut enrichir les planifications régionales en regard de la santé, du bien-être et des conditions de vie des femmes.

Toutefois, les mécanismes de collaboration à la planification régionale où les groupes délèguent des représentantes doivent être évalués en fonction des moyens investis par les RRSSS et des résultats possibles en ce qui touche la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes et le développement de services adaptés aux besoins spécifiques des femmes. Considérant les ressources limitées de plusieurs organisations qui travaillent avec les femmes, leur contribution à la planification régionale en santé et services sociaux doit se faire dans un cadre qui offre certaines assurances que leurs recommandations seront prises en compte par les directions et les instances décisionnelles des RRSSS.

9. Nous recommandons aux réseaux de groupes de femmes de mener une action concertée à l'échelon provincial avec comme objectifs : 1) l'intégration d'une analyse différenciée selon les sexes dans la révision des grandes politiques qui encadrent la planification régionale, notamment la politique de la santé et du bien-être et les priorités nationales de santé publique, à la suite des expérimentations réalisées à cet égard au niveau du MSSS; et 2) l'introduction de modifications législatives créant des comités aviseurs en condition de vie des femmes rattachés aux directions générales des RRSSS.
10. Nous recommandons aux tables régionales de groupes de femmes, en tenant compte des mécanismes de consultation qui seront établis par les RRSSS :
 - de viser à obtenir, dans les prochains PROS, des engagements précis de la RRSSS en matière d'égalité entre les hommes et les femmes et d'adéquation des services aux besoins spécifiques des femmes de leur région;
 - de réclamer que ces engagements s'accompagnent de mesures concrètes et de ressources pour les réaliser;
 - de veiller à la création, par les RRSSS, de comités aviseurs et d'une fonction de répondante en condition de vie des femmes rattachés aux directions générales, afin d'assurer la coordination et le suivi des engagements inscrits dans les PROS;
 - de viser à obtenir une compensation pour les représentantes des groupes de femmes membres des comités aviseurs régionaux en condition de vie des femmes.

ANNEXE A : LISTE DES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES DU QUÉBEC

- 01 Bas-St-Laurent
- 02 Saguenay-Lac-St-Jean
- 03 Québec
- 04 Mauricie et Centre-du-Québec
- 05 Estrie
- 06 Montréal-Centre
- 07 Outaouais
- 08 Abitibi-Témiscamingue
- 09 Côte-Nord
- 10 Baie-James (Nord-du-Québec)
- 11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine
- 12 Chaudière-Appalaches
- 13 Laval
- 14 Lanaudière
- 15 Laurentides
- 16 Montérégie
- 17 Nunavik
- 18 Baie-James (Conseil Cri)

Source : MSSS.

ANNEXE B : QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX RÉGIES RÉGIONALES

Identification :

Régie régionale de la santé et des services sociaux de _____

1. Processus de planification triennale 1999-2002

Quelle était, à l'interne de la régie régionale, l'instance responsable du processus de planification triennale 1999-2002?

La régie régionale a-t-elle formé un ou des comités de travail *ad hoc* pour assister l'instance responsable de la planification triennale 1999-2002?

Oui : _____ Non : _____

Si oui,
Identifiez le ou les comités et précisez les unités ou services concernés.

La régie a-t-elle réalisé ou commandé des travaux spécifiques afin d'identifier les problèmes ou les services de santé prioritaires dans la région?

Oui : _____ Non : _____

S'il y a lieu,
Précisez la nature de ces travaux (utilisation de données démographiques, enquêtes épidémiologiques, analyses de fréquentation des services, consultation d'experts, etc.)

2. Processus de consultation sur le plan triennal de 1999-2002

La régie régionale a-t-elle produit un document d'appui ou d'information à l'intention de la population ou des organismes partenaires **avant** de tenir une consultation sur la planification triennale?

Oui : _____ Non : _____

Quels moyens la régie régionale a-t-elle utilisés pour consulter les organismes partenaires et la population dans le processus de planification triennale 1999-2002?

S. V. P., identifiez par oui ou par non tous les moyens utilisés :

A) Consultation publique avec : _____ B) Enquête avec : _____

Mémoires ou avis écrits : _____ Sondage(s) d'opinion : _____

Audiences publiques : _____ Groupes de discussion : _____

Autres (précisez) : _____

3. Plan d'action du MSSS : Santé, bien-être et condition de vie des femmes

À votre avis, le plan d'action 1997-2000 du MSSS en matière de condition féminine intitulé *Santé, bien-être et conditions de vie des femmes* est-il connu au sein de votre régie régionale?

Oui : _____ Non : _____

Ce plan d'action a-t-il fait l'objet d'une présentation ou d'une discussion dans votre régie régionale?

Présentation seule

Présentation avec discussion

au conseil d'administration? _____

aux cadres de la régie régionale? _____

au personnel de la régie régionale? _____

Ce plan d'action a-t-il fait l'objet d'une présentation à des comités de travail internes ou externes à la régie régionale?

Nommez les comités	Présentation seule	Présentation avec discussion
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. Information sur le mandat de condition de vie des femmes

Y a-t-il, au sein de la régie régionale, une personne répondante pour les dossiers de condition de vie des femmes?

Oui : _____ Non : _____

Si oui,
Veuillez joindre la description du mandat rattaché à cette fonction.

Quel pourcentage de son temps est consacré spécifiquement à ces dossiers? _____

Depuis quelle année cette fonction existe-t-elle? _____

À quelle direction ou service au sein de la régie régionale cette personne répondante est-elle rattachée?

Quelle est la fonction de la personne de qui relève directement le mandat de cette répondante?

Quels sont actuellement les principaux dossiers relevant de la responsabilité de cette personne répondante?

Si non,

Y a-t-il eu dans le passé une personne répondante pour les dossiers de la condition de vie des femmes?

Oui : _____ Non : _____

S'il y a lieu, identifiez la période où il y a eu une répondante : 19__ à 19__

À quelle direction ou service les dossiers de la condition de vie des femmes ont-ils été confiés?

Dossier : _____ Service : _____

Dossier : _____ Service : _____

5. Comité aviseur sur la condition de vie des femmes

Y a-t-il, dans votre région, un comité aviseur qui agit comme interlocuteur de la régie régionale en matière de condition de vie des femmes?

Oui : _____ Non : _____

Si oui,

Ce comité a-t-il été créé à l'initiative de la régie régionale?

Oui : _____ Non : _____

En quelle année ce comité a-t-il été mis sur pied? _____

Combien de personnes siègent sur ce comité? _____

Comment les membres de ce comité sont-elles (ils) nommé(e)s? _____

Si non,

Y a-t-il eu dans le passé, un comité aviseur sur la condition de vie des femmes dans votre région?

Oui : _____ Non : _____

S'il y a lieu, identifiez la période où il y a eu un tel comité aviseur : 19__ à 19__

Quelles sont actuellement les modalités de contact entre votre régie régionale et les groupes de femmes de la région?

Aucun lien particulier : _____

Contacts ponctuels avec quelques groupes sur des dossiers précis : _____

Contacts réguliers avec quelques groupes sur des dossiers précis : _____

Contacts ponctuels avec un regroupement de groupes de femmes : _____

Contacts réguliers avec un regroupement de groupes de femmes : _____

Autres (précisez) : _____

S. V. P. Retournez le questionnaire rempli :

Par courrier à : Jocelyne Bernier, agente de recherche
Centre d'excellence pour la santé des femmes
Consortium Université de Montréal
Pavillon 3755 Jean-Brillant
C.P. 6128, succ. Centre-Ville
Montréal (Québec)
H3C 3J7

Par télécopieur : (514) 343-7078
A/S : Jocelyne Bernier (CESAF)

Merci de votre collaboration.

FICHE DE SUIVI

Régie régionale de la santé et des services sociaux de

PERSONNE RÉPONDANTE

Nom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

DOCUMENTS JOINTS

S. V. P., indiquez si oui ou non

Questionnaire : _____

Organigramme de la régie régionale : _____

Mandat de la répondante en condition de vie des femmes : _____

Plan triennal 1999-2002 : _____

Liste des participant(e)s à la consultation sur le plan 1999-2002 : _____

Merci de votre collaboration

**ANNEXE C : SITUATION DES RÉPONDANTES ET DES COMITÉS AVISEURS
EN CONDITION DE VIE DES FEMMES DANS LES RÉGIES RÉGIONALES DE
LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

Régies régionales	01 Bas-Saint-Laurent	02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	03 Québec	04 Mauricie-Centre-du-Québec
Répondante	Oui	Non	Oui	Oui
Date de création ou <i>dates passées</i>	1984	1984 – 1988	1980	1994
% du temps au dossier vie des femmes	2 %		20 % - 50 %	100 %
Principaux dossiers	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien aux organismes communautaires (SOC) • Comité aviseur 		<ul style="list-style-type: none"> • Conditions de vie des femmes • Violence faite aux femmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Comité aviseur • Violence faite aux femmes • Sages-femmes
Comité aviseur vie des femmes	Oui	Oui	Oui	Oui
Comité créé par	Demande des groupes de femmes	Par la régie régionale	Par le régie à la demande des groupes de femmes	Par la régie régionale
Date de création ou dates passées	1997	1994	1994	1994
Nombre de membres	10 personnes	13 personnes	10 - 15 personnes	14 personnes
Nommées par	7 : groupes de femmes 2 : régie régionale 1 : Conseil du statut de la femme	La régie régionale sollicite des candidatures auprès des groupes de femmes.	Membres nommées par la régie selon leur expertise.	Appel de candidatures et comité de sélection. Nommées par la direction générale de la régie régionale.

Régies régionales	05 Estrie	06 Montréal-Centre	07 Outaouais	08 Abitibi-Témiscamingue
Répondante	Oui	Non	Oui	Oui (2)
Date de création ou dates passées	1985	1985-1996	1996	1995 / 1999
% du temps au dossier vie des femmes	???		30 %	30 %
Principaux dossiers	<ul style="list-style-type: none"> • Violence faite aux femmes • Concertation avec les groupes de femmes 		<ul style="list-style-type: none"> • Comité aviseur • Services en langue anglaise • Déficiences 	<ul style="list-style-type: none"> • Violence faite aux femmes • Condition de vie des femmes
Comité aviseur vie des femmes	Oui	Non	Oui	Comité du regroupement des femmes joue ce rôle.
Comité créé par	Par la régie régionale		Par la régie régionale	Par le regroupement des femmes de la région
Date de création ou dates passées	1986		1996	1990
Nombre de membres	10 personnes		8 personnes	12 personnes
Nommées par	Par la régie selon des catégories : établissements, groupes de femmes		4 : groupes de femmes 3 : établissements du réseau direction générale adjoint de la régie	Par les groupes de femmes

Régies régionales	09 Côte-Nord	10 Baie-James-Nord-du-Québec	11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	12 Chaudière-Appalaches
Répondante	Non	Non	Oui	Oui
Date de création ou dates passées		1993 - 1999	1992	1996
% du temps au dossier vie des femmes	???		20 %	10 %
Principaux dossiers	<ul style="list-style-type: none"> • Périnatalité • Violence faite aux femmes • Agressions sexuelles 		<ul style="list-style-type: none"> • Alcoolisme-toxicomanie • Violence faite aux femmes • Soutien org. communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Violence faite aux femmes • Agressions sexuelles
Comité aviseur vie des femmes	Non	Non	Oui	Un comité du regroupement des femmes joue ce rôle.
Comité créé par	Le Regroupement des femmes participe à divers comités de la régie.			
Date de création ou dates passées			1997	1996
Nombre de membres			9 personnes	
Nommées par			Par la table régionale des groupes de femmes.	Représentation des groupes de femmes.

Régies régionales	13 Laval	14 Lanaudière	15 Laurentides	16 Montérégie
Répondante	Non	Oui	Oui	Oui
Date de création ou <i>dates passées</i>		1995	1986	1999 Le dossier a souvent changé de mains.
% du temps au dossier femmes		60 %	???	5 % (1 jour par mois)
Principaux dossiers		<ul style="list-style-type: none"> • Jeunesse-famille • Violence faite aux femmes • Conditions vie des femmes • Alcoolisme-toxicomanie • Santé mentale-suicide 	<ul style="list-style-type: none"> • Services aux personnes âgées • Maintien à domicile (transfert à l'étude) • Info-Santé et déficience 	<ul style="list-style-type: none"> • Violence faite aux femmes • Agressions sexuelles • Abus et négligence
Comité aviseur vie des femmes	Comité de programmation en santé des femmes	Oui	Oui	Non
Comité créé par	Par la régie régionale	Par la régie régionale	Par la régie régionale	
Date de création	1997	1997	1986 1997 sous sa forme actuelle	
Nombre de membres	8 personnes	12 personnes	8 personnes	
Nommées par	Par les groupes de femmes, les établissements ou sur invitation de la régie.	Direction de la programmation de la régie sur recommandation des établissements et groupes communautaires.	4 : groupes de femmes 1 : CLSC; 1 : CH; 1 : CSF 1 : régie régionale	

**ANNEXE D : QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX PARTICIPANTES DES
GROUPES DE DISCUSSION**

RÉGION SOCIO-SANITAIRE : _____

1. Depuis combien d'années votre organisme existe-t-il? _____
2. Quel est le principal domaine d'intervention de votre organisme? _____
3. Combien de femmes approximativement sont rejointes par votre organisme au cours d'une année? _____

4. Quel est l'ordre de grandeur du budget annuel de votre organisme?

Moins de 30 000 \$	Entre 100 000 \$ et 250 000 \$
Entre 30 000 \$ et 60 000 \$	Entre 250 000 \$ et 500 000 \$
Entre 60 000 \$ et 100 000 \$	Plus de 500 000 \$

5. De façon générale, diriez-vous que votre organisme rejoint PRINCIPALEMENT des femmes ayant les caractéristiques suivantes : (si vous cochez plus d'une caractéristique indiquez l'ordre en commençant par 1 (la plus fréquente), 2,... et ainsi de suite).

Âge :	Moins de 25 ans	Revenu :	Faible
	De 25 à 50 ans		Moyen
	De 50 ans et plus		Élevé

Milieu :	Milieu urbain	Origine :	Francophones du Québec
	Milieu rural		Anglophones du Québec
			Femmes immigrantes
			Autres

6. Avez-vous (ou votre organisme) participé directement ou indirectement aux consultations de la régie régionale sur le plan d'organisation des services pour la période 1998-2002?

OUI NON NE SAIT PAS

7. Avez-vous (ou votre organisme) reçu de l'information sur le plan d'organisation des services produit par la régie régionale de la santé et des services sociaux pour la période 1998-2002?

OUI NON NE SAIT PAS

Si oui, précisez par quel moyen : (vous pouvez cocher plus d'une ligne)

11. À l'exception de l'organisme que vous représentez, y a-t-il d'autres groupes communautaires actifs en santé et/ou services sociaux auxquels vous participez personnellement?

Si oui, précisez : _____

12. Selon votre expérience, quels sont les principaux problèmes sociaux ou de santé vécus par les femmes dans votre région?

A) _____

B) _____

C) _____

Commentaires

Merci de votre collaboration.

ANNEXE E : GUIDES D'ENTREVUE

THÈME	QUESTIONS
1. Perception du rôle du conseil d'administration dans la préparation et le suivi du plan de consolidation	<p>a) Pouvez-vous préciser la responsabilité et/ou la contribution du conseil d'administration dans la <u>préparation du plan de consolidation des services</u>? Dans la consultation de la population?</p> <p>- Quels ont été les rapports entre les membres du conseil d'administration et la permanence de la régie régionale dans les étapes — de préparation du plan et — de consultation de la population (mécanismes de soutien à la prise de décision)?</p> <p>b) Comment le conseil d'administration est-il informé de la <u>mise en oeuvre du plan de consolidation</u>?</p> <p>- À votre connaissance, le plan de consolidation sert-il de référence dans la prise de décision sur l'organisation des services au sein de la régie régionale? Parmi les partenaires dans la prestation de services sociaux ou de santé dans la région?</p>
2. Perception des mécanismes de consultation de la régie (4 – 5)	<p>a) Comme représentante du milieu communautaire, quel bilan faites-vous des <u>consultations de la population sur le plan de consolidation</u>?</p> <p>- <u>Quels étaient les barrières et les facilitateurs à la participation de la population, notamment les femmes, dans ces consultations?</u></p> <p>b) Depuis ces consultations, la régie régionale a-t-elle utilisé <u>d'autres mécanismes de consultation de la population</u>? Dans quel contexte? S'il y a lieu, quelle est votre évaluation de ces divers mécanismes de consultation?</p>
3. Perception du fonctionnement interne du conseil d'administration	<p>a) Dans le fonctionnement courant du conseil d'administration, <u>comment s'exerce la prise de décision</u> (vote / consensus / approbation)? Quel est le rôle de la présidence du conseil d'administration? De la direction générale?</p> <p>- <u>Y a-t-il des sous-comités du conseil d'administration? S'il y a lieu, quelles sont leurs responsabilités?</u></p> <p>- Quels sont les éléments facilitateurs et les difficultés liées à la prise de décision au sein du conseil d'administration?</p>
4. Perception de la participation de la population au conseil d'administration	<p>a) Quelle est votre <u>appréciation de la participation de la population</u> — notamment des femmes — de divers milieux aux rencontres du conseil d'administration? <u>Habituellement</u>, l'assistance est-elle nombreuse? Habituellement, la période de question est-elle utilisée?</p> <p>b) À votre avis, quelles sont les retombées de cette participation?</p> <p>- Selon votre perception, le fait que les séances soient publiques a-t-il un <u>effet sur la prise de décision</u> au conseil d'administration?</p>
5. Perception des relations du conseil d'administration avec les partenaires	<p>a) À l'extérieur des rencontres du conseil d'administration, quels sont les mécanismes de relation entre les membres du conseil d'administration de la régie régionale et les partenaires parmi les établissements du réseau de la santé et des services sociaux? Du milieu communautaire? D'autres secteurs d'activité de la société?</p> <p>b) Avez-vous <u>personnellement des rapports avec certains de ces partenaires</u>?</p>
6. Perception des pouvoirs et contraintes de la régie régionale (6)	<p>a) Quelle est votre perception des marges de décision du conseil d'administration par rapport aux orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux <u>dans les décisions concernant le plan de consolidation des services</u>?</p>
7. Perception quant à la considération des différences femmes/hommes par la régie régionale (3)	<p>- À votre connaissance, quelles sont les programmes et services qui s'adressent particulièrement à la santé et au bien-être des femmes dans le plan de consolidation?</p> <p>- À votre connaissance, le plan de consolidation de la régie régionale s'appuie-t-il sur une analyse des différences entre les femmes et les hommes? La régie a-t-elle utilisé des données spécifiques à la situation des femmes?</p>

	<p>- À votre avis, la régie régionale a-t-elle pris les moyens pour tenir compte des besoins particuliers des femmes dans la planification et l'organisation des services? –Et de la diversité de la population féminine?</p> <p>- Comme membre du conseil d'administration, avez-vous été informée du plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière de santé, bien-être et condition de vie des femmes?</p>
8. Perception des principaux besoins des femmes de la région (1)	<p>a) À votre connaissance, quels sont les principaux problèmes sociaux et de santé vécus par les femmes dans la région? <u>- Quels sont les principaux acquis et défis en matière de réponse à ces besoins?</u></p> <p>b) Quelles sont les situations particulières pour certains groupes de femmes qui requièrent une attention de la régie régionale?</p>

GUIDE D'ENTREVUE AVEC LES RESPONSABLES DE CONDITION FÉMININE DANS LES RÉGIES RÉGIONALES	
THÈMES	QUESTIONS
1. Précisions sur le mandat et le fonctionnement interne	<p>a) Mandat et rattachement de la responsable de condition féminine.</p> <p>b) Réseau de communication avec les différentes instances internes : regarder le cheminement d'un dossier et les leviers pour introduire l'analyse différenciée.</p> <p>c) Liens avec le plan de consolidation 1998-2002.</p>
2. Perception des communications avec les groupes de femmes	<p>a) <u>Modalités générales</u> de communication avec les groupes et/ou réseaux de femmes. Les atouts et les difficultés du partenariat au plan des processus — au plan des résultats?</p> <p>b) <u>S'il existe un comité avisé</u> : préciser le mode de nomination, le mandat, la fréquence des rencontres, les modes de fonctionnement (priorités, ordre du jour, mesure de facilitation de la participation, suivi des décisions.</p> <p>c) <u>Autres contacts ponctuels</u> : identifier sur quels dossiers, les programmes concernés, les principaux partenaires dans le réseau et le milieu communautaire.</p>
3. Perception des pouvoirs et contraintes de la régie régionale (6)	<p>a) Quelle est votre perception du rôle de la régie par rapport à des orientations ministérielles; par rapport au plan d'action ministériel en condition féminine?</p> <p>b) Quelle est votre perception du rôle de la régie par rapport aux établissements du réseau, par rapport aux organismes communautaires oeuvrant auprès des femmes?</p>
4. Perception quant à la considération des différences femmes / hommes par la régie (3)	<p>a) Quelles sont les principales interventions ou programmes de la régie en matière de condition féminine? La régie dispose-t-elle de données spécifiques à la situation des femmes? Dans l'ensemble, par quels moyens la régie tient-elle compte des besoins spécifiques des femmes dans la planification et l'organisation des services?</p>

GUIDE D'ENTREVUE AVEC DES INFORMATEURS CLÉS À LA RÉGIE RÉGIONALE	
THÈMES	QUESTIONS
Mandats et responsabilités dans la planification régionale	<p>Pouvez-vous préciser la responsabilité et la contribution des différentes instances de la régie dans les décisions concernant le plan de consolidation des services?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préciser le rôle du conseil d'administration – des directions internes – de comités <i>ad hoc</i>, etc. - Quels ont été les rapports avec le ministère de la Santé et des services sociaux dans la préparation du plan de consolidation des services?
Types d'information utilisées en appui à la planification	<p>Quelles ont été les principales informations utilisées dans l'élaboration du plan de consolidation?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préciser l'importance relative de bilans/évaluations – de données socio-sanitaires – de données d'utilisation – d'enquêtes d'opinion, s'il y a lieu. - Quels ont été les déterminants de la santé qui ont été pris en compte dans l'analyse des informations? - Dans l'ensemble, quels moyens la régie régionale a-t-elle utilisés pour tenir compte des différences entre les femmes et les hommes et de la diversité de la population dans ses décisions?
Participation de la population dans la planification régionale	<p>Quelle évaluation la régie régionale fait-elle des moyens utilisés pour consulter la population?</p> <ul style="list-style-type: none"> - À votre avis, les consultations ont-elles permis d'avoir une vision d'ensemble des attentes de la population de la région – de vérifier l'adéquation des services aux divers besoins? - Quels pouvaient être les freins et les facilitateurs à la participation de la population dans ces consultations? - Quels moyens la régie régionale a-t-elle utilisés pour informer la population du déroulement des consultations? La régie-t-elle utilisé des moyens particuliers pour joindre certains segments de la population? - Comment le contenu des consultations a-t-il été utilisé dans l'élaboration du plan de consolidation de la régie régionale?

GUIDE DE DISCUSSION AVEC DES REPRÉSENTANTES DE GROUPES DE FEMMES	
THÈMES	QUESTIONS
Perceptions des principaux besoins des femmes de la région	1. Selon votre expérience, quels sont les principaux problèmes sociaux ou de santé vécus par les femmes dans votre région? - Y a-t-il des situations particulières pour certaines femmes dans votre région?
Perceptions de l'adéquation des services aux besoins des femmes de la région	2. À votre connaissance, les services sociaux et de santé dans votre région répondent-ils adéquatement aux besoins des femmes de votre région ? - Quels sont les aspects à développer ou à modifier dans le fonctionnement des services sociaux ou de santé pour répondre plus adéquatement aux besoins des femmes de votre région ? - Y a-t-il des situations particulières pour certaines femmes dans votre région ?
Perceptions quant à la considération des différences femmes/hommes par la régie régionale	3. Selon vous, comment la régie régionale tient-elle compte des besoins spécifiques aux femmes dans la planification et l'organisation des services sociaux et de santé? - Comment tient-elle compte de la diversité de la population et des besoins particuliers de certaines femmes?
Perception des mécanismes de consultation de la régie dans l'élaboration du plan de consolidation	4. À votre connaissance, la régie régionale a-t-elle développé des mécanismes pour faciliter la participation des femmes ou des organismes de femmes à l'élaboration de son plan de consolidation pour 1998-2002? - Si oui, lesquels? (ex : documents de soutien, délais de préparation, remboursement des frais de transport ou de gardiennage, modes de communication particuliers, traduction, etc.) - Y avait-il des obstacles à la participation des femmes ou des groupes de femmes? Si oui, lesquels? - Auriez-vous des moyens à suggérer pour faciliter la participation des femmes ou des organismes de femmes à ces consultations?
Perception des autres modalités de consultation de la régie régionale	5. En dehors de la consultation sur le plan de consolidation 1998-2002, dans quelles situations votre organisme a-t-il été invité par la régie régionale à donner son point de vue sur l'organisation et/ou l'évaluation de programmes ou de projets précis? - Si oui, lesquels? - Quelles ont été les modalités de votre participation? - Quelle est votre appréciation de cette consultation au plan des modalités de participation?
Perception des pouvoirs et contraintes des régies régionales	6. Selon votre expérience, comment voyez-vous le rôle de la régie régionale dans l'organisation des services de santé et des services sociaux dans votre région par rapport à celui du ministère de la Santé et des Services sociaux? - Aussi par rapport au rôle des différents organismes qui dispensent des services de santé et des services sociaux (hôpitaux, CLSC, centres jeunesse, centres d'hébergement, cliniques médicales, etc.)?
Appréciation générale des résultats	7. S'il y a lieu, pouvez-vous identifier des retombées de la participation de votre organisme dans les services sociaux ou de santé? - Et dans votre propre organisation?

BIBLIOGRAPHIE

- Armstrong, Pat. *The Context of Health Reform*, texte polycopié préparé pour Santé Canada et les Centres d'excellence pour la santé des femmes, Ottawa, Santé Canada, 1999.
- Armstrong, Pat, et Hugh Armstrong. *Wasting Away. The Undermining of Canadian Health Care*, Toronto, Oxford University Press, 1996.
- Armstrong, Pat, Carol Amaratunga, Jocelyne Bernier, Karen Grant, Ann Pederson, et Kay Wilson. *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*, Aurora (Ontario), Garamond Press, 2001.
- Association féminine d'éducation et d'action sociale, Denise Côté, Éric Gagnon, Claude Gilbert, Nancy Guberman, Francine Saillant, Nicole Thivierge, et Marielle Tremblay. *Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*, Ottawa, Condition féminine Canada, 1998.
- Bergeron, Pierre, et France Gagnon. « La prise en charge étatique de la santé au Québec » dans *Le système de santé au Québec : organisation, acteurs et enjeux*, publié sous la direction de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1994.
- Bernier, Jocelyne, et Marlène Dallaire. *Le prix de la réforme du système de santé pour les femmes. La situation au Québec*, Montréal, Centre d'excellence pour la santé des femmes, 2000.
- Bibeau, Gilles. « Le facteur humain en politique : application au domaine de la santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. X1, n^o 1, 1984.
- Bourbonnais, René, Monique Comeau, et Centre de santé publique de Québec. *La transformation du réseau de la santé : mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*, Beauport, Direction de la santé publique de Québec, 1998.
- Broom Dorothy. *The Genders of Health*, document présenté à la conférence « Gender, Health and Healing: Reflection on the Public-Private Divide », University of Warwick, National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University, 1999.
- Canada, Condition féminine Canada. *Analyse comparative entre les sexes : guide d'élaboration des politiques*, Ottawa, Condition féminine Canada, 1996.
- Canada. Santé Canada. *Stratégie pour la santé des femmes*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1999.

- Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux. *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes*, Cahier de revendications, Montréal, la Coalition, 1998.
- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux [Commission Rochon]. *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les publications du Québec, 1988.
- Conseil régional de développement de l'Île de Montréal (CRIM), et Relais-Femmes. *Pour un développement égalitaire sur l'île de Montréal : l'analyse différenciée selon le sexe*, Montréal, CRDÎM et ministère des Affaires municipales et de la Métropole, 2000.
- Contandriopoulos, André-Pierre. *Coûts et équité des systèmes de santé*, Montréal, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, 1991.
- Couillard, Marie-Andrée, et Ginette Côté. *Les groupes de femmes de la région de Québec et l'implantation de la régie régionale de la santé et des services sociaux*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, 1997.
- Deber, Raisa, et B. Swan. « Puzzling Issues in Health Financing », *Les systèmes de santé au Canada et ailleurs*, Forum national sur la santé, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1998.
- Evans, Robert G., et Greg L. Stoddart. *Producing Health, Consuming Health Care*, Population Health Working Paper 6, Toronto, Institut canadien de recherches avancées, 1990.
- Evans, Robert G., Morris L. Barrer, et Theodore Marmor. *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, New York, De Gruyter, 1994.
- Forest, Pierre-Gerlier, Susan Bryson, et Jacques Lorion. « La participation des citoyens à l'administration des services de santé », *Le système de santé au Québec : organisation, acteurs et enjeux*, publié sous la direction de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin, et Gérard Bélanger, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1994.
- Forest, Pierre-Gerlier, Julia Abelson, François-Pierre Gauvin, Patricia Smith, Élisabeth Martin, et John Eyles. *Participation de la population et décisions dans le système de santé et de services sociaux du Québec*, rapport, Québec, Département de science politique et Groupe de recherche sur les interventions gouvernementales, Université Laval, 2000.
- Fortin, M.F. *Le processus de recherche. De la conception à la réalisation*, Montréal, Décarie Éditeur, 1996.

- Fournier, Danièle, Jean-François René, Suzanne Garon, Annie Fontaine, Josée Chenard, et Christine Lefebvre. « La dynamique partenariale sur les pratiques des organismes communautaires dans le contexte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 14, n° 1 (juin 2001), Québec, Presses de l'Université du Québec, 2001.
- Godbout, Jacques. *La participation politique : leçons des dernières décennies*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1991.
- Guberman, Nancy, Pierre Maheu, et Chantal Maillé. *Et si l'amour ne suffisait pas... Femmes, familles et adultes dépendants*, Montréal, Éditions du Remue-Ménage, 1991.
- Guberman, Nancy, J. Broué, J. Lindsay, et L. Spector. *Le défi de l'égalité. La santé mentale des hommes et des femmes*, Québec, Gaëtan Morin éditeur, 1993.
- Guyon, Louise. *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes*, Québec, MSSS, 1996.
- Hagan, Louise, Diane Morin, et Rachel Lépine. *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC. Perception des utilisateurs*, Sainte-Foy, Université Laval, 1998.
- Horne, Tammy, Lisa Donner, et Wilfreda E. Thurson. *Invisible Women: Gender and Health Planning in Manitoba and Saskatchewan and Models for Progress*, Winnipeg: Prairie Womens Health Centre of Excellence, 1999.
- Kurtzman, Lyne, et Micheline de Sève (sous la direction de). *L'analyse différenciée selon les sexes : approches gouvernementales et paragouvernementales. Nouveaux enjeux, nouvelles stratégies en vue d'instaurer l'égalité entre les hommes et les femmes*. Démarche de formation des formatrices. Document 1 : Introduction générale à l'ADS, Montréal, Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal et Alliance de recherche IREF/Relais-femmes en collaboration avec le Centre d'organisation mauricien de services et d'éducation populaire, 2001.
- Lamoureux, Jocelyne. *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, Éditions St-Martin, 1994.
- Latérière, Hélène, et Ginette Voyer. « Femmes et lieux de pouvoir régionaux : une présence à raffermir » dans *Du local au planétaire. Réflexions et pratiques de femmes en développement régional*, publié sous la direction de Denyse Côté, Monique des Rivières, Nicole Thivierge, et Marielle Tremblay, Montréal, Éditions du Remue-Ménage, 1995.
- L'R des centres de femmes du Québec. *Femmes, santé et régionalisation : visionnaires et partenaires*, Cahier-synthèse des séminaires, Montréal, L'R des centres de femmes, 1997.
- Marshall, Catherine, et Gretchen Rossman. *Designing Qualitative Research* (2nd édition), Thousand Oaks (Californie), Sage Publications, 1995.

- Masson, Dominique. « Gouvernance partagée, associations et démocratie : les femmes dans le développement régional », *Politique et Sociétés*, vol. 20, n^{os} 2-3, Ottawa, Université d'Ottawa, 2001.
- Messing, Karen. *One-Eyed Science: Occupational Health and Women Workers*, Philadelphie, Temple University Press, 1998.
- Patton. M.Q. *Qualitative Research and Evaluation Methods* (2nd edition), Newbury Park (Californie), Sage Publications, 1990.
- Québec. Portail du réseau de la santé, rubrique « Les régies régionales de la santé et des services sociaux », www.gouv.qc.ca/Vision/Sante/Sante_fr.html, mis à jour le 28 octobre 2002.
- . *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, chap. S-4.2, édition annotée, 1993, Montréal, Wilson & Lafleur Ltée, 1991.
- Québec. Conseil du statut de la femme du Québec. *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*, recherche et rédaction par Marie Moisan, Québec, CSF, 1999a.
- . *Commentaires sur le Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 : le défi de l'accès de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*, recherche et rédaction par Mariangela DiDomenico, Québec, CSF, 1999b.
- . *Document de réflexion sur l'intégration des femmes et des dossiers de condition féminine dans les structures décentralisées*, recherche et rédaction par Mariangela DiDomenico, Québec, CSF, 1995a.
- . *État de situation sur le mandat de condition de vie des femmes au sein des régies régionales de la santé et des services sociaux*, rédaction par Hélène Latérière, Québec, CSF, 1995b.
- . *Commentaires et propositions du Conseil du statut de la femme sur les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*, Québec, CSF, 1989.
- Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, MSSS, 2000a.
- . *Pour une politique de soutien à domicile des personnes ayant des incapacités et de soutien aux proches*, rapport du Comité pour la révision du cadre de référence sur les services à domicile. Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, texte photocopie, Québec, MSSS, 2000b.

- . *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, Québec, MSSS, 2000c.
- . *Plan d'action 1997-2000 : Santé, bien-être et conditions de vie des femmes*, Québec, Les Publications du Québec, 1998.
- . *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, Québec, Les Publications du Québec, 1997a.
- . *Écoute-moi quand je te parle*, rapport du Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, recherche et rédaction par Nicole Gauthier, Marie Leclerc, et Marie-Thérèse Roberge, Québec, Les Publications du Québec, 1997b.
- . *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femme*, recherche et rédaction par Louise Guyon, Québec, MSSS, 1996.
- . *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec, MSSS, 1995a.
- . *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*. Québec, MSSS, 1995b.
- . *Défi qualité-performance : stratégie triennale d'intervention 1994-1997*, Québec, MSSS, 1994.
- . *Politique de périnatalité*, Québec, MSSS, 1993.
- . *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Les Publications du Québec, 1992.
- . *Orientations en matière de condition féminine au Ministère de la santé et des services sociaux, 1992-2000*, Québec, MSSS, 1991.
- Québec. Secrétariat à la condition féminine. *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises*, Québec, Les Publications du Québec, 1997a.
- . *La place des femmes dans le développement des régions – 5^e orientation*, Québec, Les Publications du Québec, 1997b.
- . *Un avenir à partager : la politique en matière de condition féminine*, Québec, Secrétariat à la condition féminine, 1993.
- Rankin, Pauline, et Jill Vickers. *Les mouvements de femmes et le féminisme d'État : intégrer la diversité à l'élaboration des politiques gouvernementales*, Ottawa, Condition féminine Canada, 2001.

- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. *Conditions de vie des femmes. État de situation*, texte photocopié, Montréal, Régie régionale, 2001.
- Regroupement des organismes communautaires de la région 03 *Le pelletage des établissements publics... les communautés et les organismes communautaires en ont plein le dos!*, Québec, ROCQ 03, 1997.
- Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal. *Rapport des élues et élus du communautaire au conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre*, texte photocopié, Montréal, RIOCM, 2000.
- . *Leur équilibre, notre déséquilibre. Rapport d'enquête sur les impacts de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux à Montréal*, Montréal, RIOCM, 1998.
- Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. *Cadre de référence : la santé des femmes au Québec*, Montréal, RQASF, 1999.
- Standing, Hillary. *Framework for Understanding Gender Inequalities and Health Sector Reform: an Analysis and Review of Policy Issues*, texte photocopié, Institute of Development Studies, University of Sussex, 1999.
- . « Gender and Equity in Health Sector Reform », *Health Policy and Planning*, vol. 12, n° 1, Oxford University Press, 1997.
- Stewart, Donna. « Depression, Anxiety and Gender », document commandé pour le Forum sur la santé des femmes Canada – États-Unis, Ottawa, 1996a.
- . « Women and Heart Disease », document commandé pour le Forum sur la santé des femmes Canada – États-Unis, Ottawa, 1996b.
- Teghtsoonian, Katherine. *Centring Women's Diverse Interests in Health Policy and Practice: a Comparative Discussion of Gender Analysis*, Halifax, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Maritimes, 1999.
- Tremblay, Mireille. « Une démocratie en santé : utopie ou réalité? » dans *La réforme de la santé au Québec*, publié sous la direction de Pierre Fortin, Cahiers de recherche éthique, n° 22, St-Laurent, Éditions Fides, 1999.
- Turgeon, Jean, et Hervé Anctil. « Le ministère et le réseau public » dans *Le système de santé au Québec : organisation, acteurs et enjeux*, publié sous la direction de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin, et Gérard Bélanger, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1994.

- Turgeon, Jean, et Vincent Lemieux. « La décentralisation : panacée ou boîte de Pandore? » dans *Le système de santé québécois : un modèle en transformation*, publié sous la direction de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre Gerlier-Forest, et Vincent Lemieux, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1999.
- Vancouver/Richmond Health Board. *Women's Health Planning Project. Final Report*, texte photocopié, Vancouver, Vancouver/Richmond Health Board, 2000.
- Vissandjée, Bilkis, N. Leduc, S. Gravel, M. Bourdeau, et P. Carignan. « Promotion de la santé en faveur des femmes immigrantes au Québec », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 46, n° 2, 1998.
- Williams, Wendy. *Will Government Use of Gender Based Analysis Result in Policies That Reflect the Diversity of Women's Lives?*, Halifax, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Maritimes, 1999.
- Yin, Robert K. *Case Study Research Design and Methods*, Newbury Park (Californie), Sage Publications, 1989.
- Zambrana, R. « A Research Agenda on Issues Affecting Poor and Minority: A Model for Understanding Their Needs », *Women and Health*, n° 12, Haworth Press, 1988.

NOTES

¹ La réforme du système sociosanitaire québécois des années 1990 est souvent appelée « virage ambulatoire ». Cette réorganisation est abordée au chapitre 2.

² Il s'agit de la deuxième série de plans régionaux d'organisation des services produits par les RRSSS.

³ C'est avec l'adoption de la *Loi sur l'assurance-maladie* en 1970 et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en 1971 que l'État québécois adopte une politique intégrée de services sociaux et de santé.

⁴ Le *Programme d'action 2000-2003 : l'égalité pour toutes les Québécoises* réfère également à ce contexte pour expliquer le virage amorcé dans l'organisation des services (p. 89-90).

⁵ Cette Commission créée en 1985 par le gouvernement du Québec pour revoir l'orientation et l'organisation du réseau était présidée par M. Jean Rochon, qui plus tard a été nommé plus tard ministre de la Santé et des Services sociaux.

⁶ Avec la création des RRSSS, le gouvernement du Québec a procédé à un redécoupage des régions sociosanitaires. Les RRSSS de Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches, Laurentides, Lanaudière, Laval et Montérégie ont été formées par subdivision du territoire de conseils régionaux de la santé et des services sociaux qui existaient antérieurement à cette réforme. Par ailleurs, un Conseil de santé et des services sociaux desservant les communautés Cris du Nord du Québec a été maintenu.

⁷ Il s'agit essentiellement des plans régionaux d'organisation des services (PROS), même si, au fil du texte, les expressions plan de transformation ou plan de consolidation sont utilisées, selon les régions et les périodes concernées.

⁸ Ces réductions ont touché le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC), couvrant une partie des coûts des programmes d'aide sociale et de certains programmes de services sociaux, et le Financement des programmes établis (FPE) en vigueur depuis 1977 pour partager les coûts des programmes provinciaux de santé et d'éducation secondaire. Ces deux programmes ont été abolis lors du budget fédéral de 1995 pour être remplacés par le Transfert social canadien, avec une réduction majeure des transferts fédéraux.

⁹ L'idée que les gouvernements doivent se doter de mécanismes internes pour améliorer la condition des femmes a été soulevée pour la première fois à la Conférence mondiale de Mexico, tenue pendant l'Année internationale de la femme en 1975. Voir à ce sujet Williams, 1999.

¹⁰ D'autres gouvernements provinciaux ont oeuvré dans le même sens, notamment le Ministry of Women's Equality de Colombie-Britannique (1997). Pour une analyse

comparative entre les démarches du gouvernement canadien et du gouvernement québécois, voir l'ouvrage produit sous la direction de Kurtzman et de Sève (2001).

¹¹ Le gouvernement du Québec a produit un programme d'action 2000-2003 qui prolonge cette démarche, mais celui-ci a été élaboré après la planification sociosanitaire examinée dans cette étude, soit la période 1998-2002.

¹² Ce comité interministériel formé en 1997 comprenait le Secrétariat à la condition féminine, le ministère du Conseil exécutif, le Secrétariat du Conseil du Trésor, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère des Finances.

¹³ La table régionale des groupes de femmes dans la région D s'est opposée à une proposition de ce genre émise par la RRSSS à propos de la distribution par le gouvernement des sommes provenant des pénalités imposées au syndicat des infirmières (FIIQ) suite à leur débrayage « illégal » de 1998 et qui devaient être distribuées aux groupes de femmes.

¹⁴ La RRSSS du Nunavik et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux n'ont pas été étudiés à cause des caractéristiques particulières du réseau sociosanitaire dans ces milieux.

¹⁵ Dans la région C, l'information de la RRSSS et du regroupement régional des groupes de femmes indiquaient l'absence d'une répondante en condition de vie des femmes au moment de la prise de contact. Par la suite, au cours de l'étude, des discussions se sont amorcées entre la RRSSS et les réseaux régionaux des groupes de femmes sur l'existence d'une telle fonction dans les structures de la RRSSS.

¹⁶ Une RRSSS qui avait indiqué ne pas avoir de répondante en condition de vie des femmes a confié officiellement ce mandat à une de ses professionnelles alors que l'étude était en cours.

¹⁷ Le devis initial prévoyait des entrevues individuelles avec des femmes ayant participé au processus de consultation ou de décision dans chacune des RRSSS pour cerner les acquis et les obstacles rencontrés dans leur expérience de participation. En cours d'investigation, nous avons constaté que les consultations des RRSSS sur les PROS pouvaient remonter à 1997 et que plusieurs interlocutrices réfèrent plus souvent à des consultations plus récentes, soit dans le cadre de la révision de politiques particulières (santé mentale, agressions sexuelles), soit dans le cadre d'une autre commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) qui a précédé nos entrevues de quelques semaines. Ces commentaires sur d'autres consultations n'ont pas été retenues dans l'analyse.

¹⁸ Un recouplement de plusieurs listes a d'abord été fait : la liste des groupes membres de la table des groupes de femmes de chaque région, la liste des groupes de femmes produite par le Conseil du statut de la femme du Québec, ainsi que la liste des groupes de femmes membres des regroupements régionaux d'organismes communautaires financés par les RRSSS, par le biais du programme de soutien aux organismes communautaires.

¹⁹ Dans une région notamment, l'organisation d'une action provinciale des centres de femmes a coïncidé avec la tenue du groupe de discussion, ce qui a eu pour effet de réduire la participation.

²⁰ Il s'agit de la coordonnatrice de la table des groupes de femmes de cette région qui est également membre du conseil d'administration de la régie régionale.

²¹ Avec quelques variantes entre les divers PROS, on y retrouve généralement les *continuum* en santé physique, en santé mentale, en soutien à domicile ou services aux personnes âgées, en enfance-jeunesse, en déficience physique ou intellectuelle et en alcoolisme-toxicomanie.

²² Pour les *Orientations en matière de planification des naissances* (Québec, MSSS, 1995b), il faut mentionner cependant qu'un des objectifs ciblait la réduction des grossesses à l'adolescence.

²³ La population autochtone, qui compte un peu plus de 70 000 personnes au Québec, est présente dans plusieurs régions avec des concentrations plus importantes sur la Côte-Nord, en Montérégie, en Abitibi, au Lac-Saint-Jean, en Mauricie et en Gaspésie. De plus, la prise en charge de leur santé par les communautés autochtones elles-mêmes a fait l'objet de négociations entre les Premières Nations et les gouvernements fédéral et provincial et se réalise dans différentes communautés, notamment dans la foulée de la Commission Erasmus-Dussault. Soulignons que la RRSSS de la Baie-James (Nord-du-Québec) dessert la population non autochtone car la population crie est desservie par son propre réseau de santé et de services sociaux.

²⁴ L'enquête du CSF en 1995 (Québec, CSF, 1995b) a répertorié des comités aviseurs dans les RRSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de Québec, de Mauricie-Bois-Francs, de l'Estrie, et de l'Abitibi-Témiscamingue. La situation au moment de notre étude est présentée dans le tableau à l'annexe C.

²⁵ Il s'agit des RRSSS de Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches, Laval, Laurentides et Lanaudière, tandis que la Montérégie fait exception. Les RRSSS du Bas-Saint-Laurent et de l'Outaouais, qui n'avaient pas de comité aviseur en condition de vie des femmes en 1995, ont formé un tel comité depuis.

²⁶ L'Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS) compte 450 groupes locaux à travers le Québec. C'est un mouvement d'entraide, de partage et de solidarité qui défend auprès de différentes instances les droits et revendications des femmes.

²⁷ La satisfaction des femmes à l'égard du service Info-Santé CLSC ainsi que le taux élevé d'utilisation par les femmes se vérifie d'ailleurs à l'échelle du Québec : huit personnes sur dix qui utilisent ce service sont des femmes (Hagan et coll., 1998).

²⁸ Des commentaires négatifs ont été exprimés à l'égard du processus de consultation mené dans le cadre de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux

(Commission Clair) qui réalisait une tournée de consultation pendant le déroulement de notre étude.

²⁹ La Table des groupes de femmes de la région réclame, de la RRSSS, des ressources pour que chaque maison d'hébergement pour femmes victimes de violence puisse embaucher une travailleuse autochtone, dans le but de mieux communiquer avec les femmes de ces communautés qui font appel à leurs services.

³⁰ Avant les modifications découlant du projet de loi 28 adopté en juin 2001, le conseil d'administration d'une RRSSS était composé, selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, (L.R.Q., chap.S-4.2), de huit personnes représentant les établissements de services sociaux et de santé, quatre représentant les organismes communautaires, quatre pour les groupes socio-économiques de la région, le milieu municipal et scolaire, de quelques membres cooptés ainsi que du président ou présidente de la commission médicale régionale et du directeur ou directrice général-e de la RRSSS.

³¹ Ces mémoires ont été présentés par un regroupement des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, par un groupe de soutien aux femmes victimes du sida, et par un centre de recherche universitaire en santé des femmes. D'autres mémoires ont abordé la santé des femmes, mais ce n'était pas leur objet principal.

³² Par exemple, trois tables de concertation traitant de la violence faite aux femmes ont coexisté dans la région, réunissant pratiquement les mêmes intervenantes, situation qui résulte des dynamiques existant dans la région.

³³ On nous a indiqué qu'environ 1 000 invitations à participer aux consultations ont été envoyées à divers partenaires dans la région.

³⁴ Il s'agit en fait des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (Québec, MSSS, 1996).

³⁵ Plusieurs personnes ont mentionné qu'il existait auparavant des structures participatives basées sur sept tables sous-régionales regroupant des personnes représentant le réseau de la santé, le milieu communautaire et les partenaires intersectoriels. Selon un professionnel de la RRSSS, une évaluation externe a conclu que le mandat de ces tables était trop vaste et des conflits sont nés notamment sur des questions de partage budgétaire entraînant le retrait de certains établissements et l'affaiblissement de ces structures.

³⁶ Il s'agit notamment des politiques en matière de violence faite aux femmes et du programme de dépistage du cancer du sein. On pourrait aussi donner l'exemple du programme Naître égaux - Grandir en santé, qui cible plutôt le bien-être des tout-petits dans les familles en difficulté.

³⁷ Le MSSS a élaboré de tels indicateurs de suivi de la *Politique de la santé et du bien-être* (Québec, MMMM, 1998) et plusieurs RRSSS l'ont fait également pour assurer le suivi du PROS et du « virage ambulatoire ».

³⁸ Il s'agit de modifications à la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (L.R.Q. chap.S-4.2).

³⁹ Des listes de personnes sont fournies par les organismes socio-économiques et les MRC (4 postes), les établissements de santé (3 postes), les organismes communautaires (1 poste), les organismes du milieu de l'enseignement (1 poste), les organismes du milieu syndical (1 poste) ainsi que la commission médicale régionale (1 poste), la commission infirmière régionale (1 poste) et la commission multidisciplinaire (1 poste), des instances professionnelles régionales et par le conseil d'administration (2 postes).

⁴⁰ La proportion de femmes dans les conseils d'administration des RRSSS, nommés par le Ministre, est passée de 36 à 49 p. 100. Ce changement s'étant produit en décembre 2001, il n'a pas été possible de le considérer dans le cadre de la présente étude.

Projets financés en vertu du Fonds de recherche en matière de politiques
de Condition féminine Canada
Appel de propositions **Où sont les femmes? Changements des discours touchant
les politiques**

La réussite scolaire comparée selon le sexe : catalyseur des discours masculinistes
Pierrette Bouchard

*Une question capitale pour les mères : le discours sur les soins maternels en situation de
crise*

Lorraine Greaves, Colleen Varcoe, Nancy Poole, Marina Morrow, Joy Johnson, Ann
Pederson et Lori Irwin

***L'expérience de participation des groupes de femmes dans la planification régionale des
services sociaux et de santé au Québec***

Bilkis Vissandjée

*Établissement du cadre de la pauvreté dans le contexte de la pauvreté chez les enfants et les
incidences sur les femmes*

Wanda Wiegers