

GUIDE PRATIQUE
en santé
et
services
sociaux



R G F ♀ 3

Regroupement
des groupes de femmes
de la région 03
(Portneuf-Québec-Charlevoix)

CRÉDITS:

Conception : membres du comité santé du RGF-03 :

Johanne Tessier

Lucie Cliche

Mélanie Sanschagrin

Coordination de la publication :

Ginette Bergevin

Recherche et rédaction :

Katie Gagnon

Marie-Hélène Hamel

Ginette Bergevin

Révision linguistique :

Katie Gagnon

Juliette Kobusinski

© Regroupement des groupes de femmes de la région 03
(Portneuf-Québec-Charlevoix)

Tous droits réservés.

ISBN 2-9808210-1-2

Dépôt légal -

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Bibliothèque et Archives Canada, 2006

GUIDE PRATIQUE en santé et services sociaux

**Par
Le Regroupement des groupes de femmes
de la région 03
(Portneuf-Québec-Charlevoix)**

Table des matières

INTRODUCTION	5
I. HISTORIQUE	6
II. QUI ON EST ET DANS QUOI ON S'INSCRIT	13
Introduction : les valeurs du RGF-03 et de la MMF	13
2.1 L'ACA et ses valeurs	15
2.2 Le milieu communautaire et ses valeurs	15
2.3 Le mouvement des femmes et ses valeurs	16
2.4 L'approche féministe et la santé des femmes	17
2.5 La santé des femmes et la santé mentale selon le RGF-03	18
III. LES INTENTIONS DE LA TRANSFORMATION	19
3.1 Proximité, accessibilité, approche populationnelle et continuité	20
3.2 Rôle du CSSS	21
3.3 Rôles des partenaires locaux	22
3.4 Cadre de référence pour l'adoption d'une politique de partenariat	22
3.5 Quelques concepts... Ne pas se faire avoir par le jargon!	24
IV. NOUS AVONS LE CHOIX!	27
4.1 Notre pouvoir de choisir	27
4.2 Quelques types de relation	28
4.3 Que puis-je exiger de mes partenaires?	30
V. JE SUIS INTERLOCUTRICE AVEC LE RÉSEAU	32
5.1 Le mentorat	32
5.2 Siéger sur les instances	35
VI. PRINCIPES DE NÉGOCIATION	43
6.1 Principes généraux, quelques clés et les limites de la négociation	44
6.2 Avant la négociation	46
6.3 À retenir pour une rencontre	47
6.4 Au moment de la négociation	50
6.5 Après la négociation	51
6.6 Quand la concertation ne marche plus!	51
VII. J'AI DES RELATIONS : COMMENT SE PROTÉGER!	53
7.1 L'expertise du mouvement des femmes en santé	53
7.2 Nos outils collectifs	56
CONCLUSION	60
Liste des acronymes	61
Organigramme du réseau	63
Où s'adresser	64
Références bibliographiques	67

⇒ « Épisode 1, Des connaissances à partager » [enregistrement vidéo] / 1 cassette (VHS) (24 min) Université Laval seulement. Cet épisode nous raconte l'histoire de Lise Lussier qui permet à d'autres massothérapeutes de partager sa mission à l'hôpital Sainte-Justine à Montréal. Dans la deuxième partie, le film propose l'histoire de jumelage d'une étudiante sage-femme de l'UQTR avec une sage-femme de la Maison des naissances de l'Outaouais.

⇒ « Épisode 3, Le mentorat au féminin » [enregistrement vidéo] / 1 cassette (VHS) (24 min) Université Laval seulement. Cet épisode nous raconte l'histoire d'Isabelle et d'Annie, deux soudeuses. L'une a dix ans d'expérience et guide sa protégée qui commence dans ce milieu peu familier aux femmes. Dans la deuxième partie, le film propose l'histoire de deux autres femmes qui se préparent à établir une relation de mentorat dans le milieu de l'informatique.

Autres documents à consulter : Siéger sur les instances

- Boivert, Daniel, Cossette, François, Poisson, Michel, *Animation des groupes; approche théorique et pratique pour une participation optimale*, Presse Inter Universitaire, Québec 1995, p. 73-74.

Section VI : Principes de négociation

55. Ministère de la Justice, Canada *Manuel relatif au règlement de conflits*, Juin 1995 (mis à jour novembre 2003) Disponible :

<http://www.justice.gc.ca/fr/ps/drs/ref/ref-04.html>

55. Voir dans ce guide section 4.2 Quelques types de relations p. 27-28.

56. Voir dans ce guide section 5.2 Siéger sur les instances p. 35.

57. Cette section est inspirée du livre de Savaria, Marc, *Au ras des pâquerettes. Méthodes d'organisation communautaire*, Éditions Luttes urbaines. 1985. p. 176-179.

Autres documents à consulter :

- Hébert, Martine, *Les secrets du lobbying : ou l'art de bien se faire comprendre du gouvernement*. Collection « Savoir-faire », Montréal, Les éditions Varia1, 2003, 63 p. (voir en particulier la section 1 Principes de base du lobbying et la section 2 Constituer un bon dossier et convaincre le gouvernement)
- Réseau canadien pour la santé des femmes (Le), *Revue Le Réseau* « Comment influencer les politiques gouvernementales », Printemps 1998, Vol.1, N.2. Disponible : www.cwhn.ca/network-reseau/1-2f/1-2pg7.html

Section VII : J'ai des relations : comment se protéger!

59. Coalition féministe pour la transformation du système de santé et des services sociaux, *Virage ambulatoire et transformation du réseau. Attention, Virage dangereux pour la santé des femmes*, Montréal, 1999, 34 p.

60. Ibid.

61. Ibidem.

Autres documents à consulter sur ce thème :

- www.rrsss03.gouv.qc.ca/projet : site Internet dédié aux changements en cours dans le réseau de la santé de la région de la Capitale-Nationale.
- www.msss.gouv.qc.ca/reseau : site sur l'organisation des services au Québec, y compris les réseaux locaux de services.
- Définitions des nouvelles instances www.rrsss03.gouv.qc.ca/projet/centres-definitions.asp

Section IV : Nous avons le choix!

42. TROCQM et ROC-03, 2004, Op. Cit. : Notons particulièrement les sections suivantes : sections 3 : Les différents types de collaborations et section 8, Annexe 3 : Des appuis pour vos revendications.
43. Ibid.
44. Ibidem.
45. Les définitions de cette section, sauf avis contraire, proviennent de la section « Définitions » de Agence, *Coffre à outils...* 2005, Op. Cit.
46. RRSSSQ, Politique de reconnaissance... 1998, Op. Cit.
47. Ibid. voir section 2.2 Définition régionale du milieu communautaire
48. Agence, *Cadre de référence...* 2005, Op. Cit.

Section V : Je suis interlocutrice avec le réseau

49. Tison, Marc, « Mentorat : l'Assurance anti-bêtises » dans *Affaires Plus*, Montréal, Mars 2004, pp. 40-45.
50. Cuerrier, Christine, *Répertoire de base*, Éditions de la Fondation de l'entrepreneurship, 2003.
51. Ibid.
52. Tison, 2004. Op. Cit.
53. Voir dans ce guide section 7.2 Nos outils collectifs, p. 56.
54. RGF-03, *Soyons présentes, influentes et décideuses*, 2^{ème} édition 2001.

Autres documents à consulter : sur le mentorat :

- Fortin, Julie ; avec collaboration de Christine Cuerrier, *Évaluer un programme de mentorat / Québec, Québec*, Éditions de la Fondation de l'entrepreneurship, 2003.
- Cuerrier, Christine, *Le mentorat au féminin, Présentation Power Point dans le cadre du Colloque organisé par le Centre-Femmes La Jardilec et son Comité le Regroupement des femmes de l'an 2000*, Saint-Jean-Port-Joli, mai 2004.
- Mercier, Christine, Brunette, Roch, Houde, Renée, Guay, Marie-Michèle, *Des rêves et des mentors*. Productions Roch Brunette en collaboration avec TFO-TV Ontario. Réalisation, Christine Mercier; recherche, Serge Dion, Dominique Héту; direction de la production et idée originale, Roch Brunette.
Documentaire sur le mentorat produit dans le cadre d'une série de treize (13) épisodes. À partir de témoignages faits par des mentors et mentorés de divers milieux de travail québécois, cette série permet de comprendre cette activité. Les spécialistes consultées sont : Marie-Michèle Guay, spécialiste du mentorat, ENAP et Renée Houde, auteure du volume « Des mentors pour la relève » .

INTRODUCTION

Le réseau de la santé et des services sociaux du Québec est actuellement en transformation. Ce contexte amène une croissance des sollicitations et des possibilités de partenariats et de concertation avec celui-ci.

Dans ce contexte, les membres du Regroupement des groupes de femmes de la région 03 (Portneuf-Québec-Charlevoix) (RGF-03) émettent le besoin de s'outiller dans leurs relations avec le réseau : c'est pourquoi le RGF-03 vous propose ce guide!

Nous espérons que ce document saura vous être utile dans votre travail de défense et de soutien aux femmes et à leur santé.

I. HISTORIQUE

Le réseau de la santé et des services sociaux ne traverse pas sa première transformation. Quels impacts ont eu ces multiples changements sur les organismes communautaires et particulièrement sur les groupes de femmes?

Apparition du réseau public de santé et de services sociaux

C'est avec l'apparition de l'assurance-hospitalisation en 1961 et de l'assurance-maladie en 1970 que nous assistons à la naissance du réseau public de services sociaux et de santé¹. C'est aussi à cette époque que sont mis sur pied les CLSC et les conseils régionaux de la santé et des services sociaux : cette nouvelle structuration ouvre une porte pour la participation de la population dans l'administration des établissements et des organismes régionaux². Dès 1973, le programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) est créé. Ce programme vise alors à «répondre à la demande croissante d'organismes bénévoles qui désiraient recevoir aide, conseil, information et soutien financier dans la réalisation de leur mission³ ».

Pour les femmes, les années soixante-dix sont plutôt les années de libération, les années où elles sont dans la rue à revendiquer! En 1969, Le Front de libération des femmes (FLF) est fondé, se réclamant d'un féminisme révolutionnaire qui lie la libération des femmes à un changement global de la société. Parmi leurs revendications concernant la santé, on y retrouve l'information sur la contraception et l'avortement libre et gratuit pour les femmes qui ne désirent pas d'enfants (s'inscrivant dans une politique plus globale qui est le contrôle des hôpitaux et le droit aux soins médicaux gratuits pour tous). En ce qui a trait à la majorité des groupes communautaires et des groupes de femmes, ils apparaissent principalement dans les années quatre-vingts.

31. Descarries, Francine, *Regards sociologiques sur le féminisme contemporain*, Extrait d'une communication présentée à l'occasion du 30^e anniversaire du Conseil du statut de la femme, 2003.
32. RQASF, *Agir ensemble*, résumé de recherche, Montréal, avril 2004.
33. RQASF, www.rqasf.qc.ca/site/pres_femin.htm, 2006

Autres documents à consulter sur ce thème :

- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Direction des communications, septembre 2001. www.mess.gouv.qc.ca/saca/action-communautaire/politique-reconnaissance-soutien.asp
- RRSSQ, *Politique de reconnaissance et de soutien des organismes communautaires de la région de Québec, mars 1998, 2^e édition, version modifiée de façon transitoire pour l'année financière 2003-2004*, Québec, 43 p.
- SACA, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, *Cadre de référence en matière d'action communautaire*, juillet 2004, www.mess.gouv.qc.ca/saca/action-communautaire/cadre-reference.asp
- SACA, Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, *Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire*, août 2004, www.mess.gouv.qc.ca/saca/action-communautaire/plan-action.asp
- Site Internet du SACA : www.mess.gouv.qc.ca/saca/
- Sur le féminisme : *Qu'est-ce que le féminisme; Brève histoire du féminisme au Québec; Les théories féministes; Les apports du féminisme* : Rendez vous sur le site de Relais-Femmes, à la section « *Le féminisme, ça clique* » où vous trouverez différentes informations et références pouvant constituer un bon point de départ pour votre recherche : www.relais-femmes.qc.ca/FADAFEM/

Section III : Les intentions de la transformation

34. www.rrss03.gouv.qc.ca/
35. Agence, *Cadre de référence...* 2005, Op. Cit.
36. Agence, *Coffre à outils...* 2005, Op. Cit.
37. Agence, *Cadre de référence...* 2005, Op. Cit.
38. Agence, *Coffre à outils...* 2005, Op. Cit.
39. Agence, *Cadre de référence...* 2005, Op. Cit. Les participantEs du milieu communautaire étaient les suivants : ROC-03; Centre des femmes de Charlevoix; Entraide communautaire LE HALO; Regroupement des ressources non institutionnelles en santé mentale région 03 (RRNISM); Programme d'encadrement clinique et d'hébergement P.E.C.H.; Groupe d'aide aux personnes impulsives (GAPI); le mouvement d'information et d'entraide dans la lutte au S.I.D.A (MIELS-Québec).
40. Les définitions de cette section, sauf avis contraire, proviennent de la section « Définitions » de Agence, *Coffre à outils...* 2005, Op. Cit.
41. RRSSQ, *Politique de reconnaissance...* 1998, Op. Cit.

19. AFEAS, *Recommandations...*, 1998. Op. Cit.; ROC-03, 1998. Op. Cit.; CSF, 2000. Op. Cit.; Coalition féministe pour la transformation du système de santé et des services sociaux, *Virage ambulatoire et transformation du réseau. Attention, Virage dangereux pour la santé des femmes*, Montréal, 1999, 34 p.; Coalition féministe pour la transformation du système de santé et des services sociaux, *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes, Cahier de revendications*, 1998, 78 p.
20. Collectif, 2003. Op. Cit.
21. CSF, 2000. Op. Cit.
22. ROC-03, 1997. Op. Cit.
23. Collectif, 2002. Op. Cit.
24. Gouvernement du Québec, *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Loi 25)*, décembre 2003.

Autres documents à consulter sur ce thème :

- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (Agence) *Cadre de référence pour l'adoption d'une politique de partenariat entre le Centre de santé et de services sociaux et les partenaires du réseau local*, 13 juin 2005.
www.rsss03.gouv.qc.ca/projet/pdf/politique_partenariat.pdf
- Agence, *Outil de suivi pour le projet régional d'organisation de services intégrés*, créé en 2005 avec mises à jour :
www.rsss03.gouv.qc.ca/asp/listprojets.asp?lang=fra
- Agence, *Cibles prioritaires et avancement des projets cliniques*, décembre 2005.
- Agence, Documentation sur la récente transformation :
www.rsss03.gouv.qc.ca/projet/salle-doc.asp?lang=fra

Section II : Qui on est et dans quoi on s'inscrit

26. R (L') des centres de femmes, *Trousse de formation sur la gestion féministe à l'intention des groupes de femmes et autres groupes communautaires*. Production de l'IR des centres de femmes du Québec, 2001.
27. Centre de formation populaire & Relais femmes, *Rapport de recherche, Innovations et contraintes des pratiques organisationnelles féministes*, Montréal, 1997.
28. MSSS, *Programme de soutien aux organismes communautaires 2006-2007*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, voir le préambule :
publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-823-01.pdf
29. Gouvernement du Québec, *Cadre de référence en matière d'action communautaire*, Québec, 2004.
30. ROC-03, *Politique de reconnaissance des organismes communautaires autonomes de la région 03 (secteur santé et services sociaux)*, Québec, 1997.

Années 1980 - Changements de conjoncture : compressions budgétaires et régionalisation

C'est au cours de ces années que l'État estime qu'il n'a plus les moyens de ses politiques sociales : « On identifie à cette époque des problèmes reliés au coût du système public de même que l'on identifie aussi des problèmes de qualité des soins de santé et des services sociaux dans ce système. [...] Des critiques émergent également en ce qui a trait à la lourdeur bureaucratique du système, à la déshumanisation des soins, etc.⁴ » Ainsi, en 1985, dans un contexte de compressions budgétaires dans le réseau public, un mandat est donné à la Commission Rochon pour revoir en profondeur les grandes orientations de l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux. Ce rapport contiendra ce qui sera au cœur des transformations à venir : la responsabilisation des individus et la recherche de solutions dans le milieu de vie des personnes⁵.

C'est à cette époque de critiques émergentes du système de santé et de services sociaux que survient une modification progressive des rôles exercés par les organismes communautaires. Devant les imperfections du système, on assiste à une hausse des services rendus par les organismes communautaires⁶ : on remarque une augmentation du nombre d'organismes ajoutant des activités et services à leur programmation, tantôt proposant une alternative aux services étatiques, tantôt répondant à des besoins non couverts par l'État. On note également au cours de ces années l'émergence d'une voie dans le système pour l'introduction des « pratiques nouvelles » utilisées par les organismes communautaires, telles que la prévention/promotion et l'*empowerment*⁷ (le pouvoir d'agir). Pour les femmes, les années quatre-vingts sont une période d'émergence de nouveaux organismes. Qu'il s'agisse de répondre à des besoins, de mettre sur pied de nouvelles façons de faire, de créer de nouveaux modes de fonctionnement différents de celui de l'État, la créativité, l'innovation et le dynamisme des femmes est à l'œuvre! Naissent ainsi plusieurs maisons d'hébergement, centres de santé pour femmes

et centres de femmes. Cette activité des femmes « s'insèrent dans la poursuite de la mobilisation du féminisme des années soixante-dix, féminisme qui s'est tracé un chemin dans le quotidien même des femmes⁸ ».

La réforme majeure en santé et services sociaux qui est en préparation à la fin des années quatre-vingts marquera fortement la prochaine décennie. Ces changements s'inséreront dans une conjoncture de régionalisation. En effet, depuis 1989, une série de lois et de politiques du gouvernement transfèrent à l'échelon régional certaines responsabilités liées au développement économique et socio sanitaire; les grandes décisions financières continuent cependant d'être définies au sommet de l'appareil politique, tandis que les décisions administratives sont transférées au niveau régional⁹. Cela amènera plusieurs bouleversements pour les organismes communautaires, et particulièrement pour les groupes de femmes.

Restructuration majeure : années 1990 - début 2000

En 1991, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est adoptée.

La régionalisation

Les années quatre-vingt-dix sont le théâtre de remous et d'impacts qui se répercutent sur les organismes communautaires. Ces derniers sentent d'ailleurs rapidement le besoin de se regrouper et de se doter d'un pouvoir face au gouvernement. En 1994, la régionalisation du programme SOC amène plusieurs changements. Désormais, ce programme de soutien aux organismes ne sera plus national, mais plutôt régional. Les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) sont dorénavant responsables de l'analyse des demandes et de l'attribution des subventions pour tous les organismes locaux, régionaux et suprarégionaux de leur territoire dont les services s'inscrivent dans le plan régional d'organisation des services (PROS)¹⁰. Avec l'entrée en vigueur de cette réforme de la santé et des services sociaux, et surtout « depuis la régionalisation du programme de soutien aux organismes

RÉFÉRENCES

Section I : Historique

1. Collectif, *Stratégies de promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes dans la planification régionale en santé et services sociaux au Québec*, Étude réalisée pour le Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium Université de Montréal, Montréal, 2002, 98 p.
2. Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS), *Recommandations de l'AFÉAS concernant le virage ambulatoire. Extrait du document L'AFÉAS en 1997-1998 : ses orientations, ses activités, ses propositions*, Montréal, 1998, 16 p.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Document d'information sur le programme de soutien aux organismes communautaires*, Gouvernement du Québec, 1998.
4. Table régionale des organismes communautaires en santé et services sociaux Centre du Québec/Mauricie (TROCQM), révisé et adapté pour la région 03 par le Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (ROC-03) *Guide pratique pour réussir nos collaborations avec les établissements publics*, 2004.
5. ROC-03, *Le pelletage des établissements publics... les communautés et les organismes en ont plein le dos!*, *Mémoire sur la transformation du réseau de la santé et des services sociaux à Québec*, Québec, 1997, 43 p.
6. TROCQM et ROC-03, 2004, Op. Cit.
7. Ibid.
8. Présentation historique sur le site de l'R des Centres de femmes, Août 2006 : www.rcentres.qc.ca/qui.html
9. AFÉAS, 1998, Op. Cit.
10. Comité de la santé mentale du Québec, *L'intersectorialité et l'intégration au travail des personnes vivant avec des problèmes graves de santé mentale*, 2001, Annexe A, p. 58.
11. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (RRSSSQ), *Politique de reconnaissance et de soutien des organismes communautaires de la région de Québec, mars 1998, 2^e édition, version modifiée de façon transitoire pour l'année financière 2003-2004*, Québec, 43 p.
12. Voir dans ce guide section 4.1 Notre pouvoir de choisir! p. 27-28
13. Collectif, 2002, Op. Cit.
14. Le Réseau Québécois d'Action pour la Santé des Femmes (RQASF), *Agir ensemble pour la santé des femmes, Résumé de la recherche*, Montréal, 2004, 40 p.
15. AFÉAS, *Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec, Recherche en matière de politiques*, Ottawa, Condition féminine Canada, 1998, 134 p.
16. TROCQM et ROC-03, 2004, Op. Cit.
17. Ibid.
18. Conseil du statut de la femme (CSF), *Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes*, Québec, Gouvernement du Québec, 2000, 5 p. Voir également dans ce guide section 2.1 Valeur de l'ACA p. 15-16.

- Centres hospitaliers :
 - Centre hospitalier universitaire de Québec Tél. : (418) 525-4444
www.chuq.qc.ca/fr/
 - Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL).
Tél. : (418) 525-4444
 - L'Hôtel-Dieu de Québec Tél. : (418) 525-4444
 - Hôpital Saint-François-d'Assise. Tél. : (418) 525-4444
 - Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec
Tél. : (418) 649-0252, www.cha.quebec.qc.ca/
 - Hôpital de l'Enfant-Jésus Tél. : (418) 649-0252
 - Hôpital du Saint-Sacrement Tél. : (418) 682-7511
 - Hôpital Laval. Tél. : (418) 656-8711, www.HopitalLaval.qc.ca
- Centre hospitalier psychiatrique :
 - Centre hospitalier Robert-Giffard Tél. : (418) 663-5321
www.rgiffard.qc.ca
- Centre de réadaptation :
 - Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
Tél. : (418) 529-9141, ATS/ATME: 649-3733,
www.irdpq.qc.ca/
- Centre d'hébergement privé conventionné spécifique
 - La Maison Michel-Sarrazin : Tél. : (418) 688-0878

communautaires (SOC) en 1994-1995, les régies régionales et les organismes communautaires ont été amenés à entretenir des rapports plus soutenus qu'auparavant¹¹».

C'est dans ce contexte que naît officiellement le Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (ROC-03), dont l'assemblée constituante se tient cette même année. L'attribution régionale du financement pour les organismes a un impact direct pour les groupes de femmes et apporte une nécessité nouvelle : celle de se préoccuper régionalement du financement (alors qu'auparavant cette tâche était attribuée au regroupement national). Les groupes de femmes deviennent membres du ROC-03, regroupement multisectoriel, dont l'appartenance est communautaire, et dont le mandat est de défendre, protéger et outiller les organismes communautaires en santé et services sociaux. Parmi ses premières grandes réalisations, le ROC-03 négocie une *Politique de reconnaissance des organismes communautaires autonomes de la région 03 (secteur santé et services sociaux)*, politique adoptée par la RRSSSQ en 1998¹². Il devient également l'interlocuteur privilégié de la RRSSSQ.

Rappelons que les régies régionales sont une création de cette loi en santé adoptée en 1991 : elles remplacent les Conseils régionaux. Certains éléments de cette transformation répondent aux objectifs des groupes de femmes : C'est le cas par exemple de la démocratisation du système de santé et de services sociaux. Soucieuses de préserver les acquis concernant les conditions de vie et de santé des femmes, les représentantes des groupes de femmes s'impliquent activement dans les étapes et structures qui émanent de la régionalisation : elles s'activent notamment dans les processus d'élections des conseils d'administration des régies régionales (cette loi institue l'élection des membres des conseils d'administration des RRSSS et crée quatre (4) postes pour les organismes communautaires¹³). Au fil des ans, elles investissent des lieux de pouvoir (conseils d'administration, comités et commissions) afin d'avoir accès directement à l'information et d'influencer les

décisions dans l'intérêt des femmes. Pour la région 03, plusieurs groupes de femmes siègeront sur ces postes du milieu communautaire à la Régie régionale et ensuite à l'Agence, dont la coordonnatrice du RGF-03. « La régionalisation modifie donc la dynamique existante entre les paliers régional et national au sein des groupes de femmes. Ces derniers, déjà organisés au niveau national, doivent maintenant se structurer sur une base régionale¹⁴. » C'est ainsi que les groupes de femmes s'impliquent dans leurs tables régionales ou à la création de celles-ci, ainsi que dans la mise sur pied d'une structure régionale de concertation des organismes communautaires. Plusieurs tables de concertation des groupes de femmes se sont impliquées activement dans les comités aviseurs de leur Régie régionale. La défense des femmes, elle, se fait donc plus spécifiquement par les tables régionales. C'est dans ce cadre que le RGF-03 mènera un travail continu pour défendre les droits et intérêts des femmes en santé et se lancera dans la préparation (débutant en 1998), l'adoption par la RRSSSQ et la mise en œuvre d'un *Plan d'action régional en santé des femmes*.

Le virage ambulatoire

Le cœur de la réforme en santé et services sociaux est le virage ambulatoire : ce dernier est une réorganisation fondamentale du système, particulièrement de la prestation des soins. « Les objectifs visés sont d'écourter les séjours hospitaliers, de multiplier les chirurgies d'un jour et d'accroître, par conséquent le volume des soins et des services médicaux dispensés hors du milieu hospitalier¹⁵. » « Il s'agit en fait pour l'État, plutôt que de tout prendre en charge comme c'était le cas sous l'État providence, de partager ses responsabilités avec d'autres acteurs que sont devenus les régions, les municipalités et, dans le cas qui nous occupe, les organismes communautaires¹⁶. »

Ce contexte amène une « augmentation de propositions de partenariat : les organismes communautaires sont conviés à différents types de collaboration afin de répondre à des be-

- Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix (CSSS).
Tél. : (418) 435-5150
 - Centre hospitalier Saint-Joseph de La Malbaie (CHSGS)
Tél. : (418) 665-1700
 - Point de service Baie-Sainte-Catherine (CLSC)
Tél. : (418) 237-4272
 - Point de service Baie-Saint-Paul (CLSC) Tél. : (418) 435-5475
 - Point de service Île-aux-Coudres (CLSC) Tél. : (418) 438-2788
 - Point de service Saint-Siméon (CLSC) Tél. : (418) 638-2369
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
Tél. : (418) 529-4777, www.csssdc.qc.ca
 - CLSC Basse-Ville-Vanier Tél. : (418) 529-2572
 - CLSC Cap-Rouge-Saint-Augustin Tél. : (418) 651-2572
 - CLSC Des-Rivières Tél. : (418) 688-9212
 - CLSC Haute-Ville Tél. : (418) 641-2572
 - CLSC Haute-Ville Pavillon Courchesne. Tél. : (418) 641-2572
 - CLSC de L'Ancienne-Lorette Tél. : (418) 651-2572
 - CLSC Limoilou. Tél. : (418) 529-2572
 - CLSC Sainte-Foy-Sillery : Tél. : (418) 651-2572
- Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord
Tél. : (418) 661-5666
 - CLSC de la Jacques-Cartier-Point de service de Loretteville
 - CLSC. Tél. : (418) 843-3001
 - CLSC de la Jacques-Cartier-Point de service de Val-Bélair
 - CLSC. Tél. : (418) 843-2572
 - CLSC La Source (Sud) Tél. : (418) 628-2572
 - CLSC La Source (Point de service) Tél. : (418) 628-2572
 - CLSC La Source (La Maisonnée) Tél. : (418) 628-0690
 - CLSC Orléans (Beauport) Tél. : (418) 663-2572
 - CLSC Orléans (Île d'Orléans) Tél. : (418) 828-2241
 - CLSC Orléans (Beaupré) Tél. : (418) 827-3726
 - Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré Tél. : (418) 827-3726
 - Hôpital Chauveau : Tél. : (418) 842-3651
- Centre de santé et de services sociaux de Portneuf
Tél. : (418) 285-3025
 - Hôpital régional de Portneuf et CLSC Saint-Raymond.
Tél. : (418) 337-4611
 - CLSC Donnacona Tél. : (418) 285-2626
 - CLSC Pont-Rouge Tél. : (418) 873-6062
 - CLSC Portneuf Tél. : (418) 285-2626
 - CLSC Rivière-à-Pierre Tél. : (418) 323-2253
 - CLSC Saint-Marc-des-Carrières Tél. : (418) 268-3571
 - CLSC Saint-Ubalde Tél. : (418) 277-2256

OÙ S'ADRESSER

A) Autres regroupements de la région :

- AGIR (ALLIANCE DES GROUPES D'INTERVENTION POUR LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE).
Tél. : (418) 640-5253, www.agirensantementale.ca
- CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE. Tél. : (418) 681-3501
- RAIIQ (REGROUPEMENT D'AIDE AUX ITINÉRANTS ET AUX ITINÉRANTES DE QUÉBEC). Tél. : (418) 522-6184
- RÉGIONAL DES MAISONS DE JEUNES. Tél. : (418) 683-5023
- REPAC-03-12 (REGROUPEMENT D'ÉDUCATION POPULAIRE EN ACTION COMMUNAUTAIRE DES RÉGIONS DE QUÉBEC ET DE CHAUDIÈRE-APPALACHES). Tél. : (418) 523-4158
- REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES FAMILLE DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE.
regroupementocf03@hotmail.com
- REGROUPEMENT DES ORGANISMES SOCIOCOMMUNAUTAIRES DE BEAUPORT.
Tél. : (418) 666-2294
- RPHV 03-12 (REGROUPEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES VISUELLES RÉGION 03-12). Tél. : (418) 649-0333, www.rphv0312.org
- ROP-03 (REGROUPEMENT DES ORGANISMES DE PROMOTION- 03)
Tél. : (418) 647-0603
- TABLE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE CHARLESBOURG.
Tél. : (418) 622-2332, www.latosc.org

B) Le réseau de la santé et des services sociaux :

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC
www.msss.gouv.qc.ca,
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. Tél. : (418) 525-1500, www.rssso3.gouv.qc.ca/
 - Direction de la santé publique : Tél. : (418) 666-7000
 - Protecteur des usagers : depuis le 1^{er} avril 2006, le Protecteur du citoyen accueille et traite les plaintes en matière de santé et de services sociaux.
www.protecteurducitoyen.qc.ca/fr/domaines/reseau_sante.asp
 - Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes, région de la Capitale-Nationale. Tél. : (418) 681-0088, poste 228 ou au 1-877-767-2227 (sans frais).
 - Les comités des usagers des établissements peuvent également vous accompagner et vous assister dans vos démarches.
- LISTE DES ÉTABLISSEMENTS ET COORDONNÉES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX POUR LA RÉGION 03
www.rssso3.gouv.qc.ca/RS-Etablissements.html

soins identifiés par l'État ». En fait, bien que la Loi de 1991 inscrit une reconnaissance formelle des organismes et de leur autonomie, « cette loi exprime également qu'ils sont aussi des dispensateurs de services devant s'arrimer avec le réseau public, ombrageant ainsi les fonctions citoyennes de notre mouvement¹⁷ ». Rappelons que cette réforme s'effectue dans un contexte politique et économique qui influence largement l'application de ces changements : des coupures budgétaires visant l'atteinte du déficit zéro.

L'impact sur les organismes communautaires et particulièrement pour les femmes est majeur. « Les groupes de femmes ont eu l'impression de devoir, sans avoir été consultés, prendre le relais de l'État. Confrontés dans leurs valeurs de l'action communautaire autonome et de l'engagement bénévole où l'on retrouve à la base la liberté d'utiliser ses énergies où on le souhaite¹⁸ » ainsi qu'une approche plus globale prônée par plusieurs groupes de femmes, divers groupes se sont mobilisés pour dénoncer le « dumping » de l'État et ont lancé plusieurs cris d'alarme concernant les effets spécifiques des réformes sur les femmes¹⁹. Dès 1996, naît la *Coalition féministe pour une transformation des services de santé et des services sociaux* qui a pris activement part aux mobilisations.

Les coupures budgétaires ainsi que le désengagement de l'État dans la réorganisation des soins de santé et de services sociaux entraînent une détérioration des conditions de vie de nombreuses femmes et marquent au moment du virage ambulatoire un recul au plan de l'égalité entre les sexes.²⁰ Devant les besoins croissant de la population et un réseau public en manque de moyens financiers, la pression s'accroît pour que les organismes communautaires et les groupes de femmes y répondent. On assiste à une augmentation des problématiques sociales plus lourdes, des interventions en multi problématiques ainsi qu'à une hausse et une diversification de leur clientèle, notamment par l'accroissement des personnes déshospitalisées qui n'avait pas de soutien « naturel »²¹. « Devant cette réorganisation, c'est le « milieu de vie natu-

rel » lire famille et, entre les lignes, lire à nouveau : les femmes - qui sont devenu la ressource la plus importante²². » « Ce sont les travailleuses, les aidantes, les usagères etc., qui voient leur charge augmenter. C'est l'économie de l'affection, malgré qu'elles soient surchargées, les femmes ne peuvent laisser leurs proches sans soin. Les employées et les bénévoles actrices dans les organismes communautaires du secteur de la santé et des services sociaux, où on retrouve une majorité de femmes, doivent répondre à des demandes de services plus nombreuses et complexes provenant de personnes délaissées par des services publics débordés²³. »

La récente transformation

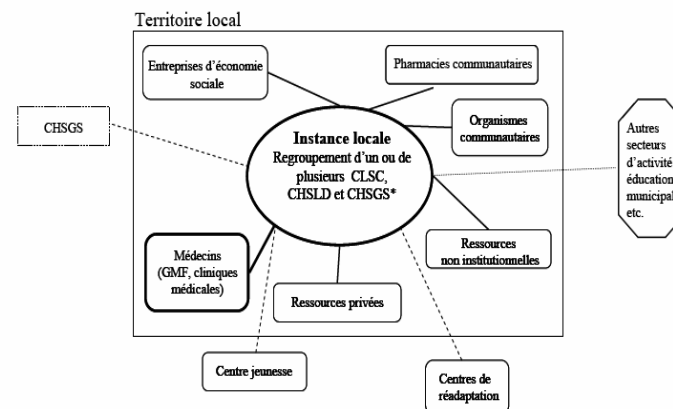
En décembre 2003, le gouvernement annonce le projet de loi 25 : il s'agit d'une des plus grandes réformes du système de santé et des services sociaux au Québec. Le contexte de cette nouvelle restructuration en est un de réinvestissement dans le système de santé et de services sociaux, de vieillissement de la population et de questionnement sur la place grandissante du privé. La mise en œuvre de la Loi se déroule en deux (2) temps : d'abord la création de nouvelles structures et ensuite la mise en œuvre, par l'élaboration des projets cliniques.

Par l'adoption de la loi 25 en 2004, les Régies régionales deviennent des Agences. La loi leur confie la mission de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services intégrés visant à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau. L'article 28 mentionne que : « La coordination des activités et des services qui se retrouvent dans chacun des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux est assurée par l'instance locale, par le biais d'ententes ou d'autres modalités²⁴. » Les CSSS reçoivent le mandat d'assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services pour toute la population : c'est ainsi que s'entame la mise sur pied des projets cliniques. Pour la région 03, des représentantEs du milieu communautaire (le ROC-03), de l'Agence ainsi que des CSSS de la région adoptent un *Cadre de référence pour l'adoption*

ORGANIGRAMME DU RÉSEAU



Les acteurs dans le réseau local de services



* Une instance locale pourrait ne pas inclure un centre hospitalier en raison de l'absence d'une telle structure de services sur son territoire ou de la complexité d'intégrer ou de regrouper les services offerts par ce type d'établissements.

Acronymes	Description
GMF	Groupe de médecine de famille
I-CLSC	Intégration CLSC
IRIS-RUQ	Infrastructure de recherche et d'information sur la santé – région universitaire de Québec
MOP	Manuel d'organisation de projet (planification et organisation de la gestion d'un projet)
OEMC/ISOSMAF	Outil d'évaluation multiclientèle / ISO-Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
PDG	Président-directeur général
PECA	Programme d'évaluation et de coordination des admissions (CHSLD)
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PROS	Plan régional d'organisation de services
PROSI	Projet régional d'organisation de services intégrés (le Modèle régional)
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RAM	Réseau d'accessibilité médicale
RATSPL	Réseau d'appui à la transformation des services de première ligne
RLS	Réseau local de services ou réseaux locaux de services
ROC	Regroupement des organismes communautaires
RUIS	Réseau universitaire intégré en santé
SICHELD	Système d'information sur la clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée
SIU	Système d'information sur l'utilisateur
SLA	Services en langue anglaise
SOC	Subvention aux organismes communautaires (programme de subvention)
UMF	Unité de médecine familiale
<p>Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, en collaboration avec Le Comité directeur du projet régional d'organisation de services intégrés, <i>Manuel d'organisation de projet – MOP, Version 4,2, Projet régional d'organisation de services intégrés, (Volet mise en œuvre), 1^{er} mai 2006</i></p>	

d'une politique de partenariat entre le Centre de santé et de services sociaux et les partenaires du réseau local.

Ces changements soulèvent de nombreuses interrogations et discussions, tant pour les organismes communautaires en général que pour les groupes de femmes. Comment défendre les intérêts du communautaire dans les nouvelles instances? Comment s'assurer de la prise en compte des besoins et intérêts spécifiques des femmes en santé? Quels sont les intérêts/dangers pour les groupes de femmes à développer leurs collaborations avec le réseau?

Conclusion

Après avoir vécu la régionalisation, la désinstitutionnalisation, les coupures budgétaires, la reconnaissance de notre autonomie, la réorganisation du réseau, le virage ambulatoire, le délestage des responsabilités des établissements publics, l'accroissement des liens de partenariat et des sollicitations pour des formes diverses de collaborations... nous pouvons affirmer que le communautaire en a traversé d'autres! Si les transformations ont pu apporter des difficultés, le développement des groupes de femmes s'est poursuivi et ce en faisant preuve de créativité, d'initiatives, de mobilisation et de stratégies!

II. QUI ON EST : DANS QUOI ON S'INSCRIT

C'est à travers nos valeurs que nous voyons et analysons le monde. Ainsi, un bref rappel des valeurs du RGF-03 ainsi que de la Marche mondiale des femmes peut renforcer notre conscience de ce que nous sommes, de ce que nous voulons et de ce qui est au cœur de nos actions.

Les valeurs du Regroupement des groupes de femmes de la région 03 (Portneuf-Québec-Charlevoix)

- Le Regroupement adhère aux valeurs féministes d'égalité, d'équité, de partage et de justice sociale;
- Le Regroupement préconise un fonctionnement démocratique;

- Le Regroupement valorise un processus de décision collectif;
- Le Regroupement respecte les groupes de femmes dans leur diversité;
- Le Regroupement défend les intérêts collectifs et individuels des femmes de la région O3 dans les dossiers qui influencent leurs droits et leurs conditions de vie.

Les principes et les pratiques dans les groupes de femmes

Certains principes inhérents aux valeurs féministes sont à la base du fonctionnement en gestion démocratique dans les groupes de femmes²⁶ :

- Une démocratisation des structures de pouvoir;
- Un travail de cogestion entre les travailleuses salariées et les élues;
- Une prédominance de la dimension humaine du travail.

La marche mondiale des femmes

Ayant pris naissance dans les suites de la Marche des femmes de l'an 2000, la Marche mondiale des femmes constitue un réseau global d'actions féministes qui rejoint près de 6000 groupes de femmes dans 163 pays et territoires du monde entier et a pour objectif principal la lutte contre la pauvreté et la violence envers les femmes. En 2004, le réseau de la Marche mondiale des femmes adoptait la *Charte mondiale des femmes pour l'humanité* qui énonce un monde meilleur autour de cinq (5) valeurs : **Égalité-Liberté-Solidarité-Justice-Paix** (www.marchemondialesdesfemmes.org)

Les cinq(5) revendications québécoises en lien avec les valeurs de la Charte sont :

- Lutte pour l'égalité : un engagement essentiel de l'État!
- Liberté : protégeons les droits des femmes migrantes!
- Lutte contre la pauvreté : solidarité!
- Pour un traitement égal au travail : une question de justice!
- Contre les violences envers les femmes : un enjeu pour la paix!

LISTE DES ACRONYMES

Acronymes	Description
Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
CA	Conseil d'administration
CCNU	Centre de coordination nationale des urgences
CIR	Commission infirmière régionale
CLSC	Centre local de services communautaires
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CMR	Commission médicale régionale
CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
CJ	Centre jeunesse
CRAQ	Comité régional d'appréciation de la qualité
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRDPE	Comité régional de développement du personnel d'encadrement
CRPAT	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes
CRRF	Comité régional sur les ressources financières
CRRH	Comité régional sur les ressources humaines
CRRRI	Comité régional sur les ressources informationnelles
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DRMG	Département régional de médecine générale
DSIE	Demande de services inter-établissements
EIJ	Équipe d'intervention jeunesse
ETC	Équivalent temps complet

CONCLUSION

L'histoire nous apprend que les groupes de femmes et les organismes communautaires ont passé à travers bien des transformations, des changements et des évolutions importantes. La capacité des organisations à s'adapter et à protéger ce qui est important (leur mission, leur autonomie, leurs approches) leur permet de ne pas perdre l'essence de ce qu'elles sont.

Nous travaillons aux mieux-être des femmes : soyons fortes de cette connaissance, de ces expertises et compétences que nous avons développés. N'ayons pas peur de les transmettre et de les utiliser.

Nous espérons que ce guide répondra à vos besoins en fonction des choix que vous ferez. Vos commentaires sont les bienvenus, contactez nous!

2.1 L'ACA et ses valeurs

L'adoption, en septembre 2001, de la politique gouvernementale intitulée *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec* marque une étape importante dans les relations entre le gouvernement et les organismes communautaires du Québec. Le gouvernement prend une série d'engagements pour aider le milieu communautaire à consolider son action et son rayonnement, tout en respectant l'autonomie des organismes de déterminer leur mission, leurs orientations, leurs approches d'intervention et leurs modes de gestion. « La politique gouvernementale amène en outre une révision des pratiques gouvernementales, l'harmonisation des modes de soutien financier et la simplification des procédures administratives²⁸. » Suivent en 2004, *Le Cadre de référence en matière d'action communautaire* ainsi que le *Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire*. Ces différents moments sont des points tournant dans la reconnaissance de l'action communautaire autonome.

L'action communautaire peut se définir comme « une action collective fondée sur des valeurs de solidarité, de démocratie, d'équité et d'autonomie. Elle s'inscrit essentiellement dans une finalité de développement social et s'incarne dans des organismes qui visent l'amélioration du tissu social et des conditions de vie ainsi que le développement des potentiels individuels et collectifs. [...] L'action communautaire témoigne d'une capacité d'innovation par les diverses formes d'intervention qu'elle emprunte et se caractérise par un mode organisationnel qui favorise une vie associative axée sur la participation citoyenne et la délibération²⁹. »

2.2 Le milieu communautaire et ses valeurs

L'identité du mouvement communautaire³⁰ : Les organismes communautaires se définissent comme « constituant d'un mouvement social autonome d'intérêt public, comme agents de transformation sociale qui agissent au niveau de l'amélioration de la qualité du tissu social, leur intervention allant au-

delà de la simple satisfaction des besoins sociaux et de santé de la population. Les organismes communautaires partagent un certain nombre de caractéristiques qui leur confèrent une identité spécifique :

- L'enracinement dans la communauté;
- L'autonomie comme toile de fond;
- La souplesse et l'innovation;
- L'approche globale;
- Des services centrés sur les valeurs d'autonomie et de prise en charge;
- Une conception égalitaire des rapports sociaux;
- Un fonctionnement démocratique;
- Un rapport volontaire à l'organisme;
- La diversité.

La contribution des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population prend des formes variées. Ils offrent des services à la population, mettent en œuvre des solutions novatrices adaptées à l'évolution des besoins des communautés, développent des interventions alternatives à celles du réseau public et rejoignent des populations qui n'ont pas de réponse à leurs besoins ou qui sont souvent réfractaires à faire appel au réseau étatique des soins et des services.

2.3 Le mouvement des femmes et ses valeurs

« Le mouvement des femmes québécois est un mouvement social multiforme qui se déploie sous l'aspect d'une vaste courtepointe de discours, de pratiques et d'actions politiques ponctuelles dont la convergence contemporaine est, non seulement de revendiquer une redéfinition du rôle des femmes et la reconnaissance de leurs droits, mais encore de représenter un mouvement sociopolitique qui porte un projet alternatif de société et qui propose une autre façon de penser et de vivre l'identité citoyenne des femmes³¹. »

K) Condition féminine

- ASSOCIATION FÉMININE D'ÉDUCATION ET D'ACTION SOCIALE (AFEAS), Tél. : (418) 836-5081, www.afeas.qc.ca
- CHAIRE D'ÉTUDE CLAIRE-BONENFANT SUR LA CONDITION DES FEMMES, Tél. : (418) 656-2131, poste 2922 www.etudesfeministes.fss.ulaval.ca/ChaireClaire-Bonenfant.
- RÉSEAU DIOCÉSAIN DE LA CONDITION DES FEMMES
Tél. : (418) 688-1211, poste 219, www.diocesequebec.qc.ca
- VIDÉO FEMMES, Tél. : (418) 529-9188
www.videofemmes.org,

L) Financement et défense collective de droits

- REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA RÉGION 03 (ROC-03), Tél. : (418) 524-7111

7.2.2 Ressources : champs d'action multiples

- REGROUPEMENT DES GROUPES DE FEMMES DE LA RÉGION 03 (PORTNEUF-QUÉBEC-CHARLEVOIX) RGF-03
Tél. : (418) 522-8854, www.rgf-03.qc.ca
- RÉSEAU DES TABLES RÉGIONALES DES GROUPES DE FEMMES DU QUÉBEC Tél. : (819) 693-9174,
<http://reseautablesfemmes.qc.ca/>
- RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RQASF) Tél. : (514) 877-3189, www.rqasf.qc.ca
- RELAIS-FEMMES : Tél. : (514) 878-1212,
www.relais-femmes.qc.ca/

F) Maternité, périnatalité, sexualité, contraception, étapes de la vie des femmes

- COLLECTIF « LES ACCOMPAGNANTES » : Tél. : (418) 688-6039, www.oricom.ca/accompagnantes
- S. O. S. GROSSESSE : Tél. : (418) 682-3444, <http://pages.globetrotter.net/sosgrossesse>
- SERVICE D'INFORMATION EN CONTRACEPTION ET EN SEXUALITÉ : Tél. : (418) 624-6808, www.sicsq.org

G) Pauvreté

- REGROUPEMENT DES FEMMES SANS EMPLOI DU NORD DE QUÉBEC : Tél. : (418) 622-2620
- COLLECTIF RÉGIONAL LÉA-ROBACK DE QUÉBEC DE LA FÉDÉRATION DES FEMMES DU QUÉBEC (FFQ) : Tél. : (514) 876-0166, www.ffq.qc.ca

H) Femmes et pouvoir

- ASSOCIATION DES FEMMES DE CARRIÈRE DU QUÉBEC MÉTROPOLITAIN, Tél. : (418) 687-5244, www.afcqm-bpw.org
- GROUPE FEMMES, POLITIQUE ET DÉMOCRATIE : Tél. : (418) 658-8810, www.femmes-politique-et-democratie.com

I) Employabilité, orientation, réorientation

- CENTRE-ÉTAPE, Tél. : (418) 529-4779, www.centre-etape.qc.ca
- NOUVEAU DÉPART QUÉBEC, Tél. : (418) 658-8033, www.nouveaudepartnational.ca/

J) Économie, emploi, qualité de vie au travail

- COMITÉ DE LA CONDITION FÉMININE ET DE L'ÉCONOMIE SOCIALE DE PORTNEUF, janinegleclerc@hotmail.com
- COMITÉ DES FEMMES DU SPGQ, Tél. : (418) 692-0022, www.spgq.qc.ca
- COMITÉ FEMMES DU CONSEIL CENTRAL DE QUÉBEC-CHAUDIÈRE-APPALACHES (CSN), Tél. : (418) 647-5824, www.ccqca-csn.qc.ca

2.4 L'approche féministe et la santé des femmes

« L'approche féministe en santé des femmes prend sa source au début des années 1970. Les grands questionnements du mouvement des femmes du Québec favorisent alors le développement de pratiques et des services alternatifs et incitent les gouvernements à adopter des politiques majeures en santé des femmes. L'approche féministe en santé des femmes s'articule autour de la règle des 4D : déprofessionnaliser, démedicaliser, déséxiser et dévictimiser³². »

En tant qu'actrices de changements sociaux, les féministes ont mis en œuvre l'action politique. Tout en dispensant divers services de première ligne, les groupes de femmes analysent les problèmes et les difficultés en lien avec leurs causes, qu'elles soient de nature sociopolitique ou patriarcale [voir définition du RGF-03 ci-dessous]. Ainsi, porteurs de nombreuses remises en question sur la qualité et la quantité des services offerts aux femmes, sur les approches médicales traditionnelles et diverses questions éthiques, ces groupes contribuent à l'évolution des attitudes et des mentalités.

Fortes d'une approche globale de la santé, les féministes³³ :

- Dénoncent les mythes, les stéréotypes et les préjugés, qu'ils soient fondés sur le sexe, l'appartenance ethnique, l'orientation sexuelle ou le statut social;
- Font reconnaître les dimensions spécifiques à la santé des femmes;
- Mettent l'accent sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie;
- Diffusent de l'information critique auprès des femmes;
- Font la promotion des alternatives mises en place par les femmes pour répondre à leurs besoins diversifiés;
- Contribuent à l'amélioration de la qualité de vie des femmes.

2.5 Santé des femmes et santé mentale selon le RGF-03

En novembre 1999, les membres du RGF-03 décident de se doter de définitions communes de la santé globale des femmes et de la santé mentale des femmes. Ils veulent d'abord s'entendre sur une définition partagée par toutes et ensuite porter collectivement cette vision de la santé auprès des acteurs et actrices en santé et services sociaux. Elles ont été adoptées lors de l'assemblée générale spéciale du RGF-03 le 28 mai 2002.

La santé des femmes

La santé des femmes est influencée par le système patriarcal dans lequel elles vivent. Cet univers social structuré par l'inégalité dans les rapports femmes/hommes rend celles-ci vulnérables au mépris et à l'abus de pouvoir. Dans ce contexte, la santé des femmes est liée à leur mieux-être affectif, social, culturel, spirituel et physique, et est déterminée par le contexte social, politique, économique et culturel dans lequel elles vivent et dans lequel elles jouent un rôle, aussi bien que par des facteurs biologiques, notamment par leur rôle dans la reproduction.

La santé mentale des femmes

La santé mentale des femmes est aussi influencée par le système patriarcal dans lequel elles vivent. Cet univers social structuré par l'inégalité dans les rapports femmes/hommes rend celles-ci vulnérables au mépris et à l'abus de pouvoir.

Dans ce contexte, la santé mentale des femmes, définie comme l'état d'équilibre psychique d'une femme à un moment donné, s'apprécie entre autres à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales, la qualité et la stabilité des relations avec le milieu et la capacité du milieu à offrir des conditions favorables à l'équilibre des femmes.

Elle résulte d'interactions entre des facteurs biologiques, psychologiques et contextuels. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la femme.

C) Réseau des Centres de femmes

- CENTRE FEMMES D'AUJOURD'HUI : Tél. : (418) 651-4280, www.cfa.ctech.ca
- CENTRE DES FEMMES DE LA BASSE-VILLE : Tél. : (418) 648-9092
- CENTRE DES FEMMES DE CHARLEVOIX : Tél. : (418) 435-5752
- CENTRE-FEMMES AUX PLURIELLES (situé à La Malbaie) : Tél. : (418) 665-7459, www.multimania.com/centrefemmes
- CENTRE-FEMMES AUX 3 A : Tél. : (418) 529-2066, www.cf3a.ca
- CENTRE INTERNATIONAL DES FEMMES : Tél. : (418) 688-5530, www.cifqfemmes.qc.ca
- CENTRE DE RESSOURCES POUR LES FEMMES DE BEAUPORT : Tél. : (418) 661-3535
- L'R DES CENTRES DE FEMMES DU QUÉBEC : Tél. : (514) 876-9965, <http://www.rcentres.qc.ca/>
Voir aussi : <http://cybersolidaires.typepad.com/r/>

D) Femmes handicapées

- COMITÉ D'AIDE AUX FEMMES SOURDES (CAFSQ) : Tél. : (418) 626-9252

E) Femmes en difficulté, santé mentale (anorexie-boulimie) hébergement, monoparentalité

- ASSOCIATION YWCA DE QUÉBEC : Tél. : (418) 683-2155, www.ywcaquebec.qc.ca
- CARREFOUR FAMILLES MONOPARENTALES DE CHARLESBOURG : Tél. : (418) 623-4509, www.carrefourfmc.org
- MÈRES ET MONDE : Centre communautaire et résidentiel par et pour les jeunes mères. Tél. : (418) 522-5139
- MAISON DE TRANSITION L'ÉCLAIRCIE : Tél. : (418) 650-1076, 1-866-900-1076, www.maisoneclaircie.qc.ca

Les féministes s'organisent sur le plan régional et mondial et c'est une constante de leur histoire : dès la fin du 19^e siècle, des congrès féministes internationaux se sont réunis et encore aujourd'hui de nombreux réseaux féministes ont une dimension mondiale. Cette internationalisation a été favorisée par Internet. Par sa facilité d'accès, il a en quelques années transformé le travail militant. Événement marquant de l'histoire des femmes, en 2000, la Marche mondiale des femmes contre la pauvreté et les violences, lancée et organisée par la Fédération des femmes du Québec, a rassemblé des millions de marcheuses à travers le monde et sa dynamique continue.

7.2 Nos outils collectifs

7.2.1 Les membres du RGF-03 :

Ressources selon les champs d'action

A) Violence et agressions sexuelles (viol, abus sexuel, inceste, violence organisée, harcèlement sexuel)

- VIOL-SECOURS : Tél. : (418) 522-2120, www.violsecours.qc.ca
- CALACS DE CHARLEVOIX : Tél. : (418) 665-2999
- VIOLENCE-INFO : Tél. : (418) 667-8770, www.violenceinfo.com
- LE REGROUPEMENT DES CENTRES D'AIDE ET DE LUTTE CONTRE LES AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS) : Tél. : (514) 529-5252, www.rqcalacs.qc.ca/

B) Maisons d'hébergement

- MAISON D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES IMMIGRANTES : Tél. : (418) 652-9761
- MAISON DES FEMMES DE QUÉBEC : Tél. : (418) 522-0042
- MAISON LA MONTÉE (région de Charlevoix) : Tél. : (418) 665-4694
- MAISON DU CŒUR POUR FEMMES : Tél. : (418) 841-0019
- MAISON KINSMEN-MARIE-ROLLET : Tél. : (418) 688-9024
- MAISON COMMUNAUTAIRE MISSINAK : Tél. : (418) 261-0048

La santé mentale des femmes est liée tant aux valeurs collectives d'un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque femme.

Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques (pauvreté, conditions de travail, équité, etc.), sociales (exclusion, monoparentalité, handicap, etc.), culturelles (préjugés, image du corps, minorités, etc.), environnementales (barrières architecturales, sécurité urbaine, peur dans les rues et les rangs, logements inadéquats, etc.) et politiques (économie de l'affection, etc.).

Ces différentes définitions collectives citées ci haut, qu'il s'agisse de la santé des femmes, du mouvement des femmes, du milieu communautaire et de ses valeurs, peuvent être utilisées pour alimenter la préparation d'argumentaires, de prises de position ou encore être utiles lors de représentations dans des lieux divers. Adoptées collectivement, régionalement ou nationalement, ces définitions reflètent des valeurs et principes portés ensemble par des acteurs et actrices du milieu communautaire et des groupes de femmes.

III. LES INTENTIONS DE LA TRANSFORMATION

La *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* a été sanctionnée le 18 décembre 2003. Elle marque le début d'une période de transition dans l'organisation du système de santé et de services sociaux. Les intentions de cette transformation mettent l'accent sur des objectifs de proximité, d'accessibilité, de continuité des services, d'implantation d'une approche populationnelle et de réseautage : en analysant ces éléments de plus près, nous pouvons découvrir que les objectifs sont familiers au milieu communautaire et aux groupes de femmes et ce, depuis de nombreuses années!

3.1 Proximité, accessibilité, approche populationnelle et continuité

La mise en place du Projet régional d'organisation de services intégrés vise deux (2) objectifs³⁴:

- Rapprocher les services de la population (proximité) : C'est-à-dire, entre autres, favoriser la participation des citoyenNEs et des usagerÈREs et animer les collaborations avec différents secteurs et organismes (municipalités, commissions scolaires, milieu de l'habitation, etc.);
- Présenter un cheminement simple pour l'accès et la continuité des services : c'est-à-dire, entre autres, accueillir, diriger, accompagner et soutenir la personne à l'intérieur de l'ensemble des services que sa situation requiert et standardiser les pratiques professionnelles par l'instauration de protocoles visant à simplifier les trajectoires de services.

La notion de réseau est au cœur des travaux en cours. Le réseau local de services se veut un réseau pensé à partir de sa base, de sa dynamique locale. Le projet régional vise à regrouper les principaux acteursTRICES et intervenantEs en matière de santé et de services sociaux afin d'offrir des services intégrés et continus à la population d'un territoire.

Deux (2) principes orientent l'action en vue de mieux gérer les services :

- La responsabilité populationnelle que les différents acteurs du réseau local sont invités à partager collectivement en rendant accessible un ensemble de services et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le réseau de la santé et des services sociaux;
- La hiérarchisation des services qui facilite le cheminement de l'usagerÈRE entre les services de première, deuxième et troisième lignes par des mécanismes de référence entre les producteurs de services³⁵.

- Décennie 1980 : Les femmes continuent de mettre sur pied des groupes autonomes de femmes pour défendre les droits des femmes en santé et offrir des ressources alternatives. Ces groupes de femmes qui interviennent en santé et services sociaux mettent sur pied des regroupements provinciaux :
 - Regroupement des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du Québec;
 - Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale;
 - l'IR des centres de femmes du Québec;
 - Regroupement des centres de santé des femmes du Québec;
 - Fédération du Québec pour le planning des naissances devient un regroupement féministe de défense des droits des femmes en santé et sexualité.
- Les années 1990 :
 - Les groupes de femmes mettent sur pied des tables régionales d'organismes communautaires en santé et services sociaux et développent leurs tables régionales de groupes de femmes;
 - Les regroupements nationaux de femmes sont actifs dans la mise sur pied de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles en santé et services sociaux.

Réseau et concertation au cœur de notre travail

La notion de groupe, de réseau, de collectif plutôt que d'individuel, est fondamentale pour apprécier la nature des stratégies et des tactiques des mouvements féministes. Il s'agit d'une particularité de l'action féministe et de l'histoire des femmes : par exemple, les groupes sont connus par leur nom, souvent provocant ou marquant, ou par leur action spécifique (suffragettes, Planning familial, Mères de la place de mai, Femmes en noir qui manifestent pour la paix en Israël, etc.), bien plus que par celui de leurs chefs.

ment ou à l'organisation domestique, elles ont prodigué attention et soins, écoute et conseils à leurs proches, s'occupant aussi de leurs communautés. Acquérant leur savoir et leur esprit critique à partir de leurs expériences, elles ont discuté entre elles des orientations politiques et sociales de même que des pratiques de santé, proposant de nouvelles orientations ou approches et exerçant aussi vigilance et contestation chaque fois qu'elles ont jugé nécessaire. Ce faisant, les femmes ont contribué et contribuent toujours au développement des connaissances et des soins, poursuivant et élargissant leur démarche vers le progrès social⁵⁹. »

Un bilan éloquent témoigne de l'impact du mouvement des femmes et en particulier du mouvement pour la santé des femmes sur les mentalités, les orientations gouvernementales ainsi que les pratiques thérapeutiques et sociales, dans le secteur de la santé et des services sociaux. « Elles se sont insurgées avec l'ensemble du mouvement communautaire, contre l'hyperspécialisation et la surmédicalisation des processus de leur vie, contre l'hyper institutionnalisation des problèmes avec son cortège de dépendances et d'infantilisation de même que contre la bureaucratisation et ses effets de déshumanisation et hiérarchisation des rapports sociaux⁶⁰. »

Aspect novateur dans notre travail

Nombreux sont les accomplissements des femmes et des groupes de femmes dans le domaine de la santé. L'aspect novateur est présent dans les nombreuses actions entreprises ainsi que dans les réalisations⁶¹ :

- Dans les années 1970 : Mise sur pied par les femmes de :
 - Centres de santé pour femmes;
 - Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel;
 - Centres de femmes;
 - Maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale;
 - Comités de condition féminine dans les centrales (CEQ, CSN, FTQ, etc.) mis sur pied par les femmes syndiquées.

3.2 Rôle du CSSS

Au centre du réseau local de services, il y a le centre de santé et de services sociaux (CSSS). Bien que le CSSS ne soit pas en situation d'autorité auprès des acteurs du réseau local, celui-ci a un rôle de coordination qu'il assume principalement par une stratégie d'animation des acteurs du réseau local.

En fait, il se doit³⁶ :

- De donner accès à la population, rapidement et facilement, à des services de santé et à des services sociaux de qualité;
- D'orienter et de faciliter le cheminement de la population au sein du système;
- D'encourager la population à adopter de saines habitudes de vie;
- De développer un réseau local de santé et de services sociaux réunissant les professionnels, les organismes et les entreprises du territoire voués au maintien et à la promotion de la santé.

Le CSSS a deux (2) défis majeurs à relever :

- Convenir, avec les membres du réseau local, d'un cadre afin d'animer le réseau local dans la réalisation des différentes étapes qui soutiennent la réalisation des projets cliniques;
- Mobiliser les établissements qui offrent des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les divers acteurs ayant une influence sur les services de santé et les services sociaux, et s'assurer de la participation de chacunE.

Dans le cadre des projets cliniques, il doit :

- Élaborer les projets cliniques avec les partenaires de son réseau local;
- Solliciter la collaboration des partenaires pour l'ensemble des étapes des projets;
- Assurer le suivi et la reddition de comptes avec les partenaires du réseau local;
- Instaurer et actualiser les ententes avec ses partenaires locaux et régionaux.

3.3 Rôles des partenaires locaux

« Un partenaire local est un organisme ou un établissement d'un territoire qui partage, avec le centre de santé et de services sociaux, la responsabilité de la santé et du bien-être de la population d'un territoire. Celui-ci est également amené à contribuer de façon importante à l'actualisation des projets cliniques³⁸. »

3.4 Cadre de référence pour l'adoption d'une politique de partenariat : un outil

« Dans la région, l'Agence de la Capitale-Nationale a procédé à la mise sur pied d'un comité de travail en 2004 dont le mandat consistait à élaborer un canevas de base visant à favoriser, soutenir et encadrer les relations de partenariat entre les CSSS et leurs partenaires des réseaux locaux. [...] Cet outil de référence devrait contribuer à ce que chacun puisse jouer pleinement son rôle dans un cadre assurant le respect de son autonomie, de sa mission, de ses orientations et de ses propres modes d'intervention et de gestion³⁹. »

Ont participé à la rédaction de ce document des représentantEs du milieu communautaire, du personnel des quatre (4) CSSS de la région ainsi que de l'Agence de la Capitale-Nationale. Ces participantEs ont effectué un travail ayant permis de définir un cadre de référence pour le partenariat, adopté en juin 2005. Ce document comporte plusieurs éléments en lien avec la reconnaissance de l'autonomie des organismes communautaires :

« Globalement, la politique de partenariat vise à favoriser, faciliter et clarifier les rapports que les partenaires du réseau local entendent développer et/ou entretenir entre eux. Cet outil de référence devrait contribuer à ce que chacun puisse jouer pleinement son rôle dans un cadre assurant le respect de son autonomie, de sa mission, de ses orientations et de ses propres modes d'intervention et de gestion. »

6.6.3 Exercer un rapport de force

Les décisions tardent à venir! D'habiles politicienNEs tentent de « noyer le poisson » : il faut réagir et forcer la prise de décision. Évidemment, ce moyen signifie une plus grande confrontation : le groupe doit se sentir prêt à y faire face. Par ailleurs, souvent le groupe n'a plus le choix, il s'agit d'une situation d'urgence ou du moins, d'une « éccœurite aiguë ». Voici des exemples de moyens à votre disposition : blocage de lignes téléphoniques ou fax; un très grand nombre de messages sur les boîtes vocales et d'appels aux adjointEs, secrétaires des décideurEs; un très grand nombre de messages dans les boîtes courriels; manifestations publiques lors d'activités importantes; journée de réflexion où les activités du groupes sont fermées et où les personnes ayant des besoins sont invitées à téléphoner à leur députéE ou au CSSS pour avoir des services, etc.

En terminant, le groupe doit se demander s'il veut le faire seul ou avec d'autres. Il peut prendre l'initiative de créer une coalition temporaire avec d'autres organismes intéressés à faire des actions avec lui. Il peut solliciter les regroupements, dont il est membre, car ceux-ci sont porteurs des enjeux collectifs. Évidemment, si ce n'est pas dans son plan de travail, le regroupement évaluera sa capacité et ses possibilités de porter cet enjeu avec le groupe.

VII. J'AI DES RELATIONS : COMMENT SE PROTÉGER?

Le mouvement des femmes est fortement réseauté, concerté et collaborateur. Nous ne sommes pas seules! Il ne faut jamais l'oublier! Prenez le téléphone ou l'Internet, et contactez vos alliés!

7.1 L'expertise du mouvement des femmes en santé

« De tout temps, les femmes se sont activement préoccupées de santé et de bien-être. De tout temps, dans toutes les sociétés, en voyant à l'alimentation, à l'hygiène, à l'accouche-

Toutes ces questions et d'autres doivent faire l'objet d'une réflexion : combien de temps puis-je consacrer à cet enjeu? Quelles sont les ressources financières et humaines dont je dispose? Finalement, quelles sont mes capacités organisationnelles? Lorsque l'on veut continuer les actions pour atteindre nos objectifs, d'autres moyens sont à notre portée : par exemple, l'action collective. Dans cette optique, trois (3) champs d'action sont présents :

6.6.1 Sensibiliser ou mobiliser l'opinion publique

Il faut définir des objectifs précis et chercher des exemples concrets pour attirer la sympathie de la population. Voici des exemples de moyens à votre disposition : lettre ouverte aux journaux; dépliants à diffusion large; campagne de presse; participation à des lignes ouvertes; listes de questions distribuées aux journalistes, membres, décideurEs; publicité payée dans les journaux, etc.

6.6.2 Infléchir les décideurEs

Le moment est venu de sensibiliser les décideurEs. Il s'agit de montrer aux décideurEs : députéEs, ministres, pdg de l'Agence, directeurTRICE généralE de Centre de santé et de services sociaux (CSSS), etc. que vous êtes décidées. Cette période de « lobby » se caractérise par des relations courtoises mais fermes du groupe. Il faut établir ce que nous voulons, ce qui est négociable et ce qui ne l'est pas. Voici des exemples de moyens à votre disposition : prendre rendez-vous avec votre députéE (le lundi est consacré aux rencontres dans les bureaux de comté) ou demander un rendez-vous avec le ministre concerné (il faudra peut-être, au point de départ, rencontrer l'attachéE politique du ou de la Ministre); poser des questions lors de la période de questions des conseils d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux ou des CSSS; envoi de courriels, lettres d'appui ou cartes postales; échange de correspondance publique avec le ou la décideurE; pétitions, etc.

Le partenariat n'implique pas une « fusion d'identités ». Les partenaires ne sont ni en état de symbiose, ni dans un rapport d'assujettissement les uns par rapport aux autres. Ils partagent des zones communes mais ont également des champs d'action qui leur sont propres. C'est pourquoi, dans les faits, le partenariat constitue essentiellement la construction d'une alliance volontaire et stratégique entre les partenaires dans la poursuite d'objectifs communs.

[...]Si le partenariat est une occasion rêvée de partager cette expertise et de la mettre au service de la population, il comporte également des limites et présente des défis importants. Par exemple :

- *Rapports de force inégaux entre les partenaires (tailles différentes des organisations, leviers financiers inégaux, etc.);*
- *Enjeux reliés à la perte d'autonomie pour certains partenaires;*
- *Contraintes organisationnelles, administratives et politiques différentes pour chacun;*
- *Défi de concilier les intérêts corporatifs de chacun des partenaires dans un contexte où l'intérêt général est prépondérant;*
- *Visions différentes au niveau des approches et des modes d'interventions. »*

Ce texte traduit les intentions communes pour les modes de partenariat entre le CSSS et les partenaires du réseau local. Suite à l'adoption de ce cadre de référence, chacun des CSSS de la région a élaboré et adopté une politique de partenariat : il est possible de se les procurer auprès des CSSS concernés. Rappelons que ces écrits peuvent être des outils de référence en plusieurs circonstances.

3.5 Quelques concepts... Ne pas se faire avoir par le jargon!⁴⁰

L'approche populationnelle

Ce principe signifie que l'ensemble des intervenants d'un territoire partage collectivement une responsabilité envers la population en rendant accessibles un large éventail de services, en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes et en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population.

Un réseau local

La nouvelle loi prévoit la mise en place de réseaux locaux de services qui amèneront tous les intervenants d'un même territoire à se porter responsables de l'accessibilité et de la continuité des services offerts à leur population. La mission première du réseau local sera d'assurer à la population de son territoire l'accès à une vaste gamme de services de santé et de services sociaux de première ligne (prévention, évaluation, diagnostic, traitement, réadaptation et soutien dans le milieu de vie). Cette gamme de services comprendra aussi les services médicaux généraux et les services d'hébergement institutionnels et non institutionnels de même que les services hospitaliers généraux et spécialisés de base; elle comprendra également les activités et les services de pharmaciens.

Une instance locale

Au centre du réseau local se trouve une instance locale : le centre de santé et de services sociaux (CSSS). Cette instance locale regroupera un CLSC, un CHSLD et un centre hospitalier (selon les régions). Pour compléter la gamme des services offerts, l'instance locale signera des ententes avec les autres ressources du territoire qui fournissent des services généraux ou de première ligne : médecins de famille, ressources intermédiaires, familles d'accueil, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale et ressources privées. Dans le cas des services spécialisés et surspécialisés, l'instance locale conclura des ententes avec des établissements à vocation régionale tels que les centres jeunesse et les centres de

6.5 Après la négociation

- Entente de principe :
Il est important de mentionner au sortir de la rencontre que vous devez aller valider le résultat d'un accord auprès des personnes vous ayant mandatées pour négocier. À cette fin, la personne ayant effectué le secrétariat transcrit les résultats de la rencontre, l'accord de principe s'il y a lieu doit être transmis et donc approuvé et ensuite confirmé par écrit avec la liste des suivis à effectuer;
- Rencontre ponctuelle de discussion ou d'information (ex. avec unE ministre) :
S'assurer de mettre par écrit un rappel de ce qui a été dit afin de laisser des traces écrites et de s'entendre sur les résultats de la rencontre et les suivis à effectuer. S'assurer également de faire approuver l'information sur la rencontre avant de la faire circuler;
- Rencontre de table de concertation ou de comité :
S'assurer de bien lire les comptes rendus ou p.v. des rencontres, de vérifier si vos propos ainsi que les discussions ayant eu lieu sont fidèlement rapportés et s'il y a lieu demander que les modifications nécessaires y soient apportées afin que chaque personne convienne de ce qui a été dit dans ces rencontres. S'il n'y a pas de compte-rendu des réunions, demandez qu'il y en ait pour la bonne marche du comité⁵⁷.

6.6 Quand la concertation ne marche plus! Serait-ce le temps d'une mobilisation collective⁵⁸ ?

Lorsque les échanges et les discussions deviennent infructueux, que les besoins des femmes de mon groupe ne sont pas entendus ou que je ne me sens plus respecté dans mon rôle, il est temps de réfléchir aux choix qui s'offrent à nous pour atteindre nos objectifs.

- Voulons-nous continuer à être sur cette structure ou non?
- Voulons-nous continuer à être sur cette structure mais à condition que d'autres moyens soient mis en œuvre pour faire valoir notre point de vue?
- Est-ce que d'autres groupes de femmes ou communautaires vivent la même situation que nous?

- Se laisser entraîner sur ce qui aurait pu être ou se passer si... (cet élément reviendra dans les leçons à retenir);
- Une proposition inéquitable qui avantage un groupe au détriment d'autres : évaluer les conséquences et se rappeler que si nous sommes fortes c'est que nous avons des appuis : demeurez solidaires!

6.4 Au moment de la négociation

- Aller chercher du support! Se tourner vers d'autres groupes de femmes ou communautaires ou vers les regroupements régionaux;
- Vérifier l'intérêt de trouver une entente : y a-t-il intérêt pour les deux (2) parties?
- Porter attention au type de rapport : Quel est l'écart entre les deux parties en négociation? Permet-il de négocier d'égal à égal?
- Élaborer et proposer des options pour le bénéfice de chacune des parties;
- Fixer des critères objectifs : se pratiquer à appliquer des critères objectifs (ex. une politique ou loi). ChacunE aura probablement des critères objectifs et nous devons les connaître le mieux possible avant. Ceci permettra à chacunE d'avoir une perception plus rationnelle et non émotive;
- Entretenir une volonté d'échange, de trouver des solutions négociées;
- Évaluer les progrès en fonction des meilleures solutions de rechange;
- Communiquer fréquemment : prévoir une rencontre et revoir pour cela les étapes « Pour une rencontre »;
- Prévoir les tactiques de provocation et éviter de réagir à celles-ci;
- Prévoir la possibilité de l'échec des négociations : quelles sont les possibilités pour chaque élément et quel est le pire scénario?

réadaptation, ou établira, au moyen de mécanismes d'orientation et de corridors de services, des ententes avec les centres hospitaliers universitaires.

La région de la Capitale-Nationale compte maintenant quatre (4) instances locales :

- Centre de santé et de services sociaux de Portneuf;
- Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix;
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale (après fusion du CLSC-CHSLD Sainte-Foy-Sillery-Laurentien, du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières et du CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier);
- Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord (après fusion du Centre de santé de la Haute-Saint-Charles, du CLSC-CHSLD La Source et du Centre de santé Orléans).

Le réseautage selon le réseau de la santé

Au centre du projet régional, l'approche réseau réfère d'abord à la qualité des relations entre les gestionnaires et entre les intervenantEs des organisations partenaires. Le réseau se construit notamment sur la confiance, la reconnaissance mutuelle et la volonté de faire ensemble au-delà des structures. C'est cette qualité de liaison qui facilitera la continuité et la complémentarité entre les services offerts à la population.

Un des premiers leviers est le partage de l'information. Ce qui fait défaut, dans la continuité des services, c'est la continuité de l'information. Le personnel des réseaux locaux doit avoir facilement accès à l'information circulant dans les établissements régionaux, et vice versa. De plus, le personnel d'un établissement de la région doit aussi avoir accès aux lieux de travail d'un autre établissement.

Réseautage et concertation par le communautaire

« Depuis toujours, les organismes communautaires travaillent en concertation. C'est un des éléments fondamentaux de la cohérence de leur action. Les organismes communautaires se

sont donnés, pour y arriver, un processus démocratique souvent exigeant mais essentiel⁴¹. » Les groupes de femmes participent fréquemment à plusieurs lieux de concertation : qu'il s'agisse des regroupements provinciaux, regroupements régionaux de groupes de femmes, regroupements intersectoriels, instances locales de développement, tables de concertation, comités divers... Cette expertise en concertation et en réseautage s'est développée au fil des ans et en fait aujourd'hui un mouvement qui est fortement axé sur ces éléments.

Un projet clinique : définition et objectifs

Les projets consistent d'abord en une démarche qui vise à répondre à un besoin de santé et de bien-être de la population d'un territoire. La région de la Capitale-Nationale a ciblé six (6) projets cliniques prioritaires :

- Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement;
- Jeunes en difficulté;
- Personnes avec un problème de santé mentale (adulte);
- Personnes souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques;
- Personnes aux prises avec le cancer;
- Services généraux (services médicaux de base et services courants).

La notion de partenariat selon le Réseau

Le partenariat vise essentiellement à établir une complémentarité entre les acteurs et à créer une synergie sur le plan de leurs interventions. Le défi consiste à mettre en œuvre une dynamique de coopération où les actions individuelles de chaque partenaire ont une portée sur celles des autres acteurs. Il y a là un changement culturel qui incite à sortir de la logique institutionnelle pour aborder une logique de réseau de services. Il existe déjà des relations de partenariat dans le milieu, mais celles-ci doivent être étendues à tout le système. Dans le contexte de la mise en place des réseaux locaux, et surtout des projets cliniques, nous devons bâtir des relations sur la base de quatre (4) valeurs, soit le respect, la compréhension mutuelle, la confiance et la coopération.

- Cultiver un non verbal le plus neutre possible;
- Agir avec discrétion et retenue;
- Écouter attentivement et activement : reconnaître ce qui a été dit notamment en posant des questions et en résumant fréquemment. Miser sur des communications claires (poser des questions de précision);
- Se rappeler que nous sommes une équipe, avec des membres : refléter cette attitude et être solidaires;
- Ne jamais répondre sur-le-champ : toujours se donner le temps de consulter et de réfléchir;
- Se concentrer sur les intérêts : distinguer les personnes des problèmes;
- Toute bonne relation est fondée sur le respect mutuel;
- Porter attention à l'autre et aux différences, qu'elles soient culturelles (et parfois organisationnelles), linguistiques, de sexes... Les stéréotypes ou hypothèses des individus peuvent influencer sur les perceptions et créer des sources de malentendu pendant les négociations. Il est important d'être conscients de ces différences et d'y être sensibles.

Des attitudes problématiques à éviter

- L'arrogance, les attitudes méprisantes ou agressives, des accusations, des prises à partie : vous pouvez convenir de refuser de supporter ces attitudes et déterminer votre réaction si elles persistent (ex : quitter la rencontre);
- Les accusations ou la colère : celles-ci nous placent en position de faiblesse;
- La mise en doute des porte-parole : des accusations peuvent diviser et affaiblir un groupe. Les négociations s'effectuent sur des éléments précis : ramener au sujet principal (ce n'est pas l'opportunité pour soulever ou régler d'autres conflits);
- La mise en doute des faits amenés, des analyses : expliquer la provenance, vous êtes expertes de votre domaine! Rappelez l'importance d'une confiance mutuelle pour trouver une entente;
- Contredire un membre de l'équipe de négociation lors d'une rencontre avec l'autre partie;

- **Ne jamais y aller seule!** Surtout si vous rencontrez une équipe de négociation ou unE ministre.
Dans le cas d'une rencontre où l'on siège sur une instance comme une table de concertation ou un comité, parfois on n'a pas le choix d'y aller seule. Il est possible de prendre contact avec des personnes ressources ayant déjà siégé sur ce comité, etc. (Voir section V de ce guide)
- S'ancrer dans nos valeurs et notre mission :
 - Se rappeler ce que nous sommes : nos valeurs, nos priorités, d'où nous venons (nous sommes une part du mouvement communautaire et du mouvement des femmes), notre expertise;
 - Se rappeler qui nous appuie : nos membres, nos regroupements.
- Préciser :
 - Les rôles de chaque membre de l'équipe (en tenant compte du temps alloué); ex : une porte-parole qui animera les discussions; une secrétaire pour prendre des notes et rapporter ce qui sera dit au cours de l'entretien; une « gardienne des objectifs » qui s'assurera de quitter en n'ayant rien oublié et en ayant atteint les objectifs visés; etc.
 - Le mandat : s'assurer qu'il est clair pour bien le respecter;
 - Comment ouvrir la discussion;
 - Comment gérer les concessions;
 - Comment on quittera si nécessaire (signes précis).
- Prendre contact et convenir de :
 - Ouj, portée des négociations, échéanciers, identités des participantEs (sans avoir oublié de consulter pour savoir qui ira), local (si possible endroit neutre), confidentialité;
 - ChacunE doit comprendre clairement les limites du pouvoir des membres de l'équipe et le mandat qui lui est attribué.

Des attitudes à cultiver

- Être respectueuse avec une attitude ouverte;
- Être détendue avec une certaine vigilance;

Les ententes de gestion

Contrat, signé dans un premier temps entre le MSSS et une Agence, puis entre l'Agence et les établissements visés dans sa région, portant sur des « volumes » de services (ex. : diminuer de 10 % le temps d'attente d'hospitalisation des clientèles présentant des problèmes de santé mentale chroniques soutenues à domicile) ou des « attentes particulières » relatives aux services, et applicables à une période déterminée.

En bref, la transformation actuelle amène un nouveau lexique de vocabulaire et des concepts n'étant parfois pas si loin de ceux appliqués par le communautaire dans ses pratiques. Les bouleversements importants au niveau des structures, l'apparition de réseaux locaux ainsi que la mise en œuvre de projets cliniques peuvent amener des sollicitations, désirs ou possibilités de partenariat. Il est important de connaître les bases sur lesquelles il est possible de s'appuyer : Il faut choisir en connaissance de cause!

IV. NOUS AVONS LE CHOIX!

4.1 Notre pouvoir de choisir

Au fil des ans, les groupes de femmes ainsi que les organismes communautaires sont de plus en plus sollicités pour des collaborations diverses avec le gouvernement et ses institutions. **L'équilibre entre la collaboration et la distance nécessaire avec l'État nécessite une vigilance constante.** Si les occasions paraissent parfois alléchantes, elles peuvent également être particulièrement angoissantes pour d'autres. Du tremplin à la menace, comment s'y retrouver?

Afin d'effectuer une réflexion éclairée sur les possibilités de collaborations, une attention toute particulière peut être portée à la question de l'autonomie des organismes : l'autonomie permet de « définir librement ses règles et normes de régie interne, en conformité avec sa mission, ses orientations et les objectifs qu'il se donne en regard des besoins identifiés dans le milieu [...] Les groupes communautaires ne sont pas des exécutants des mandats reçus par l'État⁴². »

Ainsi, avant de répondre à une sollicitation ou de prendre les devants pour des ententes diverses, il peut être utile de se rappeler que **c'est aux organismes qu'appartient le pouvoir de choisir**. La lutte pour l'autonomie s'effectue depuis plusieurs années : dès les années 1990, les organismes affirment clairement leur autonomie, entre autres par la voix du ROC-03 dans la *Politique de reconnaissance des organismes communautaires autonomes de la région 03*. Le gouvernement, par divers moyens reconnaît également l'autonomie des organismes. Rappelons que : le Gouvernement du Québec dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en 1991 précisait qu' « Un organisme communautaire qui reçoit une subvention en vertu du présent titre définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches⁴³ »; que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec a adopté une *Politique de reconnaissance et de soutien des organismes communautaires de la région de Québec* en 1998; et qu'en 2001 le Gouvernement du Québec a adopté la *Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire*. De nombreux autres documents font aussi mention de l'autonomie des groupes : se rappeler ces acquis peut éclairer un processus de réflexion sur les choix de collaboration.

4.2 Quelques types de relation

Il revient aux organismes de choisir le type de relation qu'ils entretiennent avec le réseau. Cette section présentera d'abord les types de collaboration tel qu'identifiés dans le « Guide pour réussir nos collaborations » de la TROCQM et du ROC-03, pour ensuite survoler les types d'ententes telles que définies par le réseau pour les projets cliniques.

Différents types généraux de collaboration

Les collaborations avec les établissements publics soulèvent des réflexions et des enjeux pour les groupes communautaires. Il importe de prendre le temps nécessaire avant de rendre des décisions. **NOUS AVONS LE POUVOIR DE CHOISIR!**

Choisir le mode de relations (en pesant les avantages/désavantages des options)

- Durée de la relation : Est-ce que nous voulons/devons-nous demeurer en relation (à moyen/long terme) avec cette/ces personne(s)-organisme(s)?
- Modes de relation : En alliance (moyen/long terme), tactique (ponctuel), dans l'ombre, etc.
- Modes de collaboration⁵⁶ : concertation, entente de services, réseau de services intégrés, plan d'intervention, etc.
- Choisir et évaluer son interlocuteurTRICE : Est-ce que la personne avec qui je traite a la connaissance et l'autorité pour traiter ce dossier?

Préparer ses contenus

- Documenter les faits : avoir des données pour argumenter nos positions, mais aussi des informations (ex : expériences et intérêts) pour comprendre les positions de notre interlocuteur;
- Consulter ses membres et les encourager à exprimer librement leurs idées de solutions possibles. S'assurer que les personnes concernées ont été consultées sur leur volonté de participer;
- Harmoniser préalablement les intérêts pouvant être contradictoires au sein même de notre groupe : autrement, cela pourrait miner le pouvoir de négociation. Élaborer des options pour que chacunE soit gagnantE (entre nous et avec notre interlocuteur);
- Prévoir le scénario idéal, satisfaisant et inacceptable (i.e. à partir duquel on se retire);
- Prévoir une solution de rechange pour éviter les surprises désagréables. Ex : si ça ne fonctionne pas, dans quelle position serons-nous?

6.3 À retenir pour une rencontre

Cette section peut s'appliquer et s'adapter aux différents types de rencontres. Rappelons l'importance de ne pas sous-estimer l'apport d'une bonne préparation. *Ensuite, n'hésitez pas à vous lancer!*

- Exercer des pressions pour faire accepter;
- Tenter d'intimider (implicitement ou explicitement);
- Se montrer vague quant à la portée du mandat de négociation;
- Manquer d'éthique professionnelle.

La solution pour contrer ces comportements : se préparer des réactions et stratégies pour y faire face.

6.2 Avant la négociation

Établir les besoins et objectifs

- Assembler les éléments;
- Analyser l'existence des liens entre chaque élément;
- Définir nos intérêts et prioriser :
 - Quelle est l'importance de chaque élément : l'intérêt et la valeur de chacun;
 - Quand voulons-nous atteindre nos objectifs : tous en même temps ou par étapes?

Évaluer notre « bagage relationnel »

- Avons-nous déjà été en relation avec cette (ces) personne(s) ou organismes?
- Si non, pourquoi? L'occasion ne s'est pas présentée? Pourquoi se présente-t-elle aujourd'hui? Qu'est-ce qui amène ce changement?
- Si oui :
 - Quel est le bagage relationnel que nous avons avec cette /ces personnes ou organisme?
 - Les relations précédentes ont-elles répondu à nos attentes? (sentiment de respect mutuel, relations telles que prévues, mode de communication bien établi, etc.)
 - En avons-nous retenu des leçons quant aux façons de faire : y a-t-il des éléments particuliers à leur culture dont on doit tenir compte dans ces relations?
 - Certains bons aspects peuvent-ils être réitérés? Avons-nous conclu sur des éléments à améliorer?

Il est possible d'utiliser les ressources disponibles pour éclairer les choix, porter un regard critique, évaluer les conditions de réussite ainsi que les enjeux et conséquences à prévoir. Lorsqu'il est question de collaboration, « L'autonomie et le financement des organismes communautaires se retrouvent souvent au cœur des enjeux des différentes formes de collaboration avec les établissements publics.⁴⁴ »

- La concertation (ou Table de concertation sur..., comité conjoint sur...) : Lieu pour faire ensemble l'analyse d'une situation, d'un problème et pour identifier des solutions, pour connaître les expertises de chacun. Lieu d'échange et d'influence local, régional ou provincial sur les pratiques et les valeurs.
- Les ententes de service (ou sous-traitance, contrat de service, entente contractuelle) : Engagement libre d'un organisme à dispenser un service sous la responsabilité d'un établissement et habituellement, contre rémunération. Les conditions font partie d'un protocole d'entente [ou contrat] (services à donner, comment le faire, évaluation, rémunération, etc.)
- Le réseau de services intégrés (ou Réseaux locaux de services, équipe territoriale multidisciplinaire) : Ensemble de services organisés et coordonnés sur un territoire donné, dispensés en collaboration, en complémentarité, et dans un continuum optimal d'interventions par des ressources publiques, privées et communautaires en vue de mieux répondre à l'ensemble des besoins sociaux sanitaires d'une clientèle déterminée ayant des problèmes complexes, et ce, de manière personnalisée, efficace et efficient.
- Le plan d'intervention commun (ou Plan de services individualisé-PSI, Plan d'intervention-PI) : Outil de coordination et de mise en commun de l'expertise des intervenantEs engagéEs auprès de la personne et parfois de sa famille. Ainsi à partir d'une évaluation des besoins de la personne, les établissements élaborent un plan d'intervention comprenant ou non la contribution des acteurs externes. La personne doit donner son accord à l'élaboration d'un plan. Cela s'adresse surtout à des populations démunies ou défavorisées.

Les types d'entente pour les projets cliniques, tel que définis par le Réseau⁴⁵

La mise en œuvre des projets cliniques dans chaque territoire s'appuie sur un engagement formel des partenaires. C'est dans ce contexte que trois (3) types d'entente baliseront la réalisation des projets cliniques :

- L'entente-cadre qui précise les cibles convenues entre les partenaires locaux et régionaux;
- L'entente de partenariat qui s'applique aux acteurs du réseau local. L'entente de partenariat précise la désignation des partenaires, les modalités de communication, de consultation et de concertation entre eux, le traitement des différends ainsi que le suivi et l'évaluation des ententes convenues entre eux;
- L'entente de service qui, de façon plus pointue, précise les modalités opérationnelles d'accès et de continuité des services.

4.3 Que puis-je exiger de mes partenaires?

Les CSSS ont adhéré au *Cadre de référence pour l'adoption d'une politique de partenariat entre le CSSS et les partenaires du réseau local* qui a été négocié au niveau régional. Dans ce contexte, la politique de partenariat de chaque CSSS reconnaît les valeurs communes qui doivent prévaloir dans les rapports de partenariat : **le respect, la transparence et l'engagement**. Voici quelques exemples d'application de ces valeurs.

- Le respect exige une connaissance des partenaires entre eux et l'obtention de consensus sur des modes de fonctionnement qui permettent la participation de tous et toutes. Exemple : Le CSSS demande qu'il y ait une réunion par semaine du comité. La représentante des groupes de femmes signifie qu'il est impossible pour son organisation de la libérer aussi souvent : elle serait disponible une fois par mois. Après discussion, chacun plie sur ses exigences et l'on s'entend qu'il y aura une rencontre aux trois semaines, mais que celle-ci sera plus longue pour permettre d'atteindre les objectifs qui ont été fixés.

- **Confidentiel :**
Il revient aux parties de s'assurer de la confidentialité des négociations. Lorsqu'il s'agit d'établissements publics, il importe de vérifier quelles sont leurs obligations en ce qui a trait à la divulgation d'information.
- **Flexible :**
La portée des négociations est déterminée par les personnes concernées. La négociation est probablement le mode de règlement de conflits le plus flexible car n'y participent que les intéressés, ou le cas échéant leurs représentants. Les rencontres doivent être préparées en fonction des besoins propres à chacun.
- **Une garantie de succès?**
La négociation n'offre pas de garantie de succès : cependant, lorsqu'il y a volonté mutuelle et prise en compte des intérêts, les probabilités de réussite sont bonnes!

Les clés

Pour réussir ses collaborations et négociations, il faut généralement de la préparation : Certaines demanderont plus de temps, d'autres seront peut-être plus rapides, mais elles sont essentielles puisque cela permettra de maximiser vos efforts et pourraient également prévenir ou permettre de régler le cas échéant bien des soucis!

Un rappel des limites de la négociation

- Il est possible que certaines questions ne puissent pas être réglées par la négociation : Exemple : quand les parties sont séparées par des idéologies ou des croyances contraires qui leur permettent de faire peu de concessions réciproques.
- **Attention!** Quand les parties n'ont pas le même pouvoir, il est possible de se retrouver en moins bonne position.
- La négociation ne peut garantir la bonne foi ou la confiance d'une partie!
- La négociation peut aussi être une stratégie pour gagner du temps et empêcher l'autre de faire valoir ses droits. Il peut y avoir des comportements difficiles et trompeurs :

6.1 Principes généraux, quelques clés et les limites

Il existe plusieurs styles de négociation⁵⁵ :

- Le style « compétitif » où chacune des parties essaie d'obtenir le plus possible au détriment de l'autre.
- Le style « coopératif » (ou négociation fondée sur les principes) où l'on vise la solution de problèmes en tentant de concilier les intérêts de chacune des parties pour conclure une entente.

L'approche « compétitive » est de moins en moins utilisée de nos jours car fortement critiquée, particulièrement en vertu de la difficulté qu'elle peut apporter pour les relations subséquentes à ce type de négociation. Au contraire, le style « coopératif » est de plus en plus fréquent puisqu'il peut permettre de préserver, voire améliorer les rapports entre les parties lorsqu'une entente est conclue.

- La négociation doit se faire dans le respect de nos valeurs;
- Chaque négociation est différente. On peut tirer des leçons des expériences du passé et de collègues, mais il importe de s'adapter selon les circonstances;
- Une tierce partie peut parfois être utile : par exemple, pour empêcher une partie d'abuser de l'autre.

Quelques principes généraux sur la négociation

- **Volontaire :**
La participation à des négociations doit être volontaire : on doit se sentir libre d'accepter ou de rejeter le résultat des négociations, ainsi que de se retirer à tout moment au cours du processus. Il faut se rappeler notre autonomie en tant que groupes de femmes issus du mouvement communautaire!
- **Informel :**
Il n'existe aucune règle obligatoire en matière de négociation. Il revient aux parties de s'entendre sur des sujets (ex : le nombre de participantEs, l'objet, l'heure, le lieu des négociations ainsi que la confidentialité, les documents utilisés et le nombre de séances).

- La transparence signifie que les décisions doivent se prendre au lieu prévu à cette fin avec des partenaires possédant l'information nécessaire à cette prise de décision. Par exemple, l'hôpital XYZ ajoute à l'ordre du jour de la réunion, séance tenante, une demande d'appui pour qu'il puisse recruter un anesthésiste supplémentaire. Les membres ont cinq minutes pour prendre une décision. De prime abord, les gens comprennent la nécessité puisque cela permettra de donner de meilleurs services mais quelles en seront les conséquences... La représentante des groupes de femmes qui sait qu'il y a pénurie de médecin au Québec demande où sera recruté cet anesthésiste supplémentaire? Sera-t-il pris sur les effectifs d'un autre hôpital? Privera-t-il la population d'une sous-région du seul anesthésiste auquel ils avaient accès? Il vaut mieux éviter les décisions hâtives. Dans ce contexte, la représentante des groupes de femmes demande un report de ce point à la prochaine rencontre et réclame qu'on lui fasse parvenir la réponse à ces questions et toute l'information pertinente pour pouvoir prendre une position éclairée.
- L'engagement, oui! Mais restons réalistes. Les groupes de femmes ne peuvent partager leurs ressources financières. Par contre, l'expertise développée est un atout. C'est cette part importante que nous pouvons partager. En éveillant des consciences et en leur rappelant les besoins et la culture des femmes que nous représentons.

Ces éléments ayant été définis collectivement et adoptés par les institutions et les organismes communautaires, ils peuvent outiller lorsque vient la nécessité de clarifier des relations, revendications ou argumentaires dans des contextes de collaboration avec le réseau.

V. JE SUIS INTERLOCUTRICE AVEC LE RÉSEAU

Tel que mentionné précédemment, les groupes de femmes travaillent fréquemment en concertation. Il est donc possible qu'un groupe accepte de déléguer une représentante auprès d'une instance du réseau, qu'il s'agisse d'un comité, d'une table de concertation, ou autre. Que l'on possède ou non de l'expérience, les informations suivantes, tant en ce qui a trait au mentorat qu'aux conseils pratico pratique, peuvent être des aide-mémoire lorsque la situation se présente.

Vous devez percevoir cette partie comme une aide à votre rôle et non comme une longue liste de tâches. Nous vous invitons à utiliser les outils les plus pertinents pour vous.

5.1 Mentorat

Au cours des dernières années, nous entendons de plus en plus parler de mentorat, de jumelage, de transmission des savoirs et expériences. Cette forme de relation peut être considérée lorsqu'une représentante est déléguée, ou encore s'appliquer, partiellement ou entièrement dans de multiples circonstances.

Qu'est-ce que c'est?

Le mentorat, en tant que relation d'une personne aguerrie soutenant et éduquant une personne en quête d'accomplissement existe depuis de très nombreuses années. Le mentorat peut s'effectuer de façon informelle, des gens se rencontrant parfois par hasard, et réalisant seulement après quelques temps qu'une relation particulière s'est établie. Aujourd'hui, le mentorat trouve une utilité dans de nombreux secteurs et plusieurs programmes de mentorat se sont mis sur pied depuis les années 2000. De nombreuses organisations, tant privées que publiques, ont instauré un système de mentorat interne au cours des dernières années⁴⁹.

Bien que cette forme de relation puisse répondre à des difficultés précises, mentionnons qu'elle met principalement l'accent sur le développement des personnes et la réponse à divers besoins mutuels. Par ses caractéristiques, elle s'adapte

OBSTACLES	STRATÉGIES/SOLUTIONS
La complexité et la multiplication des structures	<ul style="list-style-type: none"> • Informer les femmes sur le fonctionnement des structures ainsi que sur les liens entre les instances • Sensibiliser les nombreux partenaires et instances à l'importance d'intégrer des femmes au sein de leur organisation • Rendre les informations plus accessibles au grand public concernant l'existence et le fonctionnement des organismes et instances
Le style des échanges et la façon de traiter les dossiers et les personnes	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des ouvertures pour des changements dans les instances • Accepter les différences dans la façon de traiter les dossiers et les personnes • Changer la façon d'aborder les thèmes • Voir les avantages à diversifier les façons de traiter les dossiers et les personnes • Informer les femmes
La socialisation des femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Réhabiliter le pouvoir aux yeux des femmes • Aider à l'affirmation des femmes • Apprendre à se faire confiance • Offrir des modèles de femmes ayant réussi dans leur implication • Éduquer les enfants avec des valeurs égalitaires

VI. PRINCIPES DE NÉGOCIATION

Cette section présente quelques principes de base et réflexions en matière de négociation. En plusieurs circonstances, ces éléments peuvent être utiles, tant dans les relations en général avec le Réseau que dans des situations de règlement de conflits. Vous trouverez ci-dessous une synthèse effectuée à partir de divers documents que nous vous suggérons de ne pas hésiter à consulter pour des précisions et détails.

OBSTACLES	STRATÉGIES/SOLUTIONS
Les équipements et les services sociaux inadaptés	<ul style="list-style-type: none"> • Ouverture des garderies sur des heures étendues • Modification des horaires d'auto-bus et des trajets • Élargissement des modes de transport en commun comme les « taxi bus » en milieu rural
La double pénalité du fait d'être minoritaire par rapport au nombre ainsi que par rapport aux positions défendues	<ul style="list-style-type: none"> • Instaurer des politiques d'accès aux instances pour les femmes • Créer des sièges « représentantes femmes » dans les instances • Encourager l'intégration des femmes dans les instances en créant des programmes qui récompensent l'augmentation des représentantes femmes • Sensibiliser les instances à l'intégration des femmes • Mettre en valeur l'apport bénéfique de la diversité des approches et des personnes • Reconnaître les capacités des femmes à participer aux instances • Explorer des méthodes alternatives d'animation des réunions et des assemblées qui favoriseraient les femmes • Sensibiliser les hommes à l'égalité des chances au niveau du processus d'engagement ou de délégation, les encourager à sortir du réseau habituel
Le mode de fonctionnement des instances	<ul style="list-style-type: none"> • Faire les réunions à des heures mieux adaptées, par exemple le soir de 19h00 à 21h30 • Prévoir des garderies sur place lors des rencontres isolées ainsi qu'un système de covoiturage • Prendre conscience que les administrateurs et les administratrices ont aussi une vie à l'extérieur de leur implication dans l'organisme

bien au féminisme et aux valeurs des groupes de femmes : « La relation mentorale se caractérise par l'ouverture à l'autre, la réciprocité, la gratuité et le volontariat. Elle se développe à long terme, suffisamment pour faciliter le vécu des transitions personnelles et professionnelles, favoriser la réalisation de soi et contribuer au développement des deux personnes impliquées. Elle a avantage à être encadrée par des règles éthiques définies en fonction des objectifs visés⁵⁰. »

Les avantages et les risques

Les avantages sont nombreux pour les deux personnes impliquées : le mentorat recentre la formation sur les relations humaines en favorisant la rencontre de deux besoins par un rapprochement et en facilitant le développement d'une relation entre une personne d'expérience et unE apprenantE. Il améliore les communications, permet un partage de connaissances et de vécus : il permet de redonner à l'autre ce que l'on a reçu⁵¹. En bref, le mentorat facilite une intégration, favorise la confiance en soi et ce, à travers le développement de liens relationnels.

Certes, ce mode d'apprentissage très personnalisé peut aussi comporter certains risques. Par exemple, si unE mentorE abuse de sa position, c'est l'estime de soi du/de la mentoréE qui peut être compromise. Le/la mentorE pourrait utiliser ce qu'il/ELLE apprend pour sa propre carrière. Afin d'éviter ces situations, quelques éléments de base sont à considérer lors de la mise sur pied d'un programme ou de modes relationnels de mentorat : selon Cuerrier, il faut :

- Signifier l'importance du devoir de confidentialité;
- Se donner un code d'éthique;
- Effectuer un suivi des dyades;
- Procéder à une évaluation;
- Connaître l'objectif visé et le besoin auquel on veut répondre.

Est-ce que j'en ai besoin ?

Le processus de mentorat peut débuter ainsi : Dans un premier temps, on aborde la situation vécue ou les préoccupations de la personne; on examine ensuite les émotions vécues lors de ces expériences, on définit les besoins non comblés qui ont mené à ces situations et enfin, on jette un coup d'œil sur les correctifs à apporter⁵².

En fait, il importe avant tout de définir quels sont les besoins : Exemple : Est-ce qu'une nouvelle étape, une transition est arrivée pour vous? Êtes-vous préoccupée par une intégration quelque part? Par un manque de connaissance sur un milieu donné (cercle de gens, dynamiques internes spécifiques)? Besoin d'information formelle ou informelle? Sentiment qu'un encadrement serait utile ou nécessaire? Si oui, à quel niveau? Pour la préparation et/ou le suivi entre les réunions? Sous la forme d'un soutien continu ou ponctuel (ex. premières réunions)? Après avoir effectué une liste des besoins, une priorisation peut s'avérer bénéfique, voire essentielle. Ensuite, il importe de cibler quelles peuvent être les ressources.

Où en trouver ?

Dans notre groupe :

- Les personnes qui me délèguent ont-elles des connaissances à partager?
- Y a-t-il des personnes ayant siégé avant moi à cet endroit? Est-il possible de les contacter?
- Y aurait-il une bénévole/militante d'expérience de mon groupe pouvant me soutenir?
- Existe-t-il de la documentation à lire afin de répondre à mes questions ou pour pallier au manque d'information?

Au-delà de notre groupe :

- Notre groupe possède-t-il des alliés avec lesquels il est possible d'obtenir des informations? Si oui, s'assurer de connaître le type de relation entretenue avec ces alliés;

OBSTACLES	STRATÉGIES/SOLUTIONS
Manque de confiance en soi, difficulté à s'affirmer	<ul style="list-style-type: none"> • Se donner droit à l'erreur • Prendre sa place, s'affirmer • Prendre conscience de ses compétences • Oser
Double tâche	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleur partage des tâches et des responsabilités reliées à la famille entre les conjoints • Sensibilisation des conjoints au partage des tâches • Amélioration des programmes de conciliation travail-famille
Peur de l'inconnu	<ul style="list-style-type: none"> • S'informer, apprivoiser les instances, poser des questions
Pauvreté, manque de ressources financières	<ul style="list-style-type: none"> • Frais remboursés par l'instance, programme de soutien du gouvernement • Équité salariale
Manque d'information, de formation, de connaissances	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure diffusion et vulgarisation de l'information • Information auprès des jeunes filles pour les sensibiliser à l'importance de s'impliquer • Offrir des formations aux femmes intéressées à s'impliquer
Culpabilité des femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Se centrer sur ses propres besoins • Apprendre à lâcher prise
L'alourdissement du travail invisible des femmes, soins aux personnes malades à la maison, aux personnes âgées, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance du travail invisible des femmes • Reconnaissance des responsabilités de l'État • Réseau de partage de tâches avec aide à domicile • Frais de garde adaptés, reconnus et remboursés • Implication des hommes dans le travail de « soins » des membres de la famille et de la communauté

Identifier nos alliés et se réseauter

Lors de représentations, il importe d'accorder une attention particulière à Qui est là? Quels sont leurs intérêts et préoccupations? Avec qui sont-ils/ELLES en lien? Il faut développer le réflexe de se réseauter, de créer des réseaux d'alliés. CertainEs travailleront dans l'ombre, d'autres pourront intervenir plus ouvertement : dans le respect de ses capacités et de ses intérêts, nos alliés sont des sources d'informations privilégiées, ils/ELLES peuvent nous éclairer sur des questionnements et nous appuyer de différentes façons dans nos démarches.

Pour le réseautage :

- Se réunir avant les assemblées avec les personnes qui partagent notre opinion dans le but de concerter nos interventions;
- Créer un réseau de femmes qui sont dans des domaines différents afin de partager les informations, les difficultés, les stratégies et les bons coups;
- Jumeler des femmes qui ont des objectifs semblables afin d'avoir une action plus efficace et concertée, l'union fait la force;
- Développer un réseau de collaborateurs et collaboratrices afin de savoir ce qui se passe dans les différents milieux, les décisions qui y sont prises et l'impact que celles-ci auront par rapport aux autres milieux

Obstacles à la participation des femmes et les stratégies à adopter

Les obstacles à la participation des femmes aux instances de pouvoir sont bien réels. En effet, les femmes, désirant s'impliquer, rencontrent souvent des difficultés. Il est important d'aborder ces obstacles afin de savoir comment y réagir et identifier les meilleures stratégies à adopter face à ces problèmes. Différentes formes d'obstacles sont observées, soit des obstacles d'ordre culturel, social, économique et organisationnel. Cette liste d'obstacles est non exhaustive, il est donc possible d'ajouter des obstacles et des stratégies supplémentaires.

- Je peux faire appel aux regroupement dont nous sommes membres ou aux regroupements concernés par ce sujet afin d'obtenir des informations, soutien ou encore des références;
- Faire le tour de nos outils collectifs⁵³ !

Finalement, on peut chercher des personnes de confiance dans notre entourage ou s'en faire recommander : Il n'y a pas de honte à ne pas tout savoir!

5.2 Siéger sur les instances⁵⁴

User de stratégies politiques fait souvent la différence entre une action efficace et une action sans effet. Il peut être avantageux d'aborder la participation aux instances comme une participation à un jeu de stratégie. Voici quelques exemples :

- Montrer son intérêt;
- S'intéresser à l'ensemble des dossiers traités par l'instance;
- Identifier les intérêts communs afin d'aller chercher des appuis dans ses préoccupations;
- Poser des questions quand on ne comprend pas, ceci sert à montrer son intérêt mais aussi à gagner en visibilité dans le groupe;
- Reconnaître les occasions de faire valoir son expertise, savoir reconnaître ses forces et s'en servir à son avantage;
- Respecter les autres ainsi que leurs opinions.

B.A.-BA de la représentation

N'hésitez pas à consulter le guide du RGF-03 *Soyons présentes, influentes et décideuses!* pour obtenir des informations synthèses sur :

- Ça sert à quoi un conseil d'administration?
- Exemple d'ordre du jour d'une réunion d'un C.A.;
- Modèles d'élection.

Premières rencontres de représentation : écoute, observation, identification de personnes ayant des préoccupations communes aux nôtres

- Comment se préparer à la première réunion au C.A.
 - Lire les statuts et règlements de l'instance ou de l'organisme;
 - S'informer sur l'instance ou l'organisation en se référant au portrait des partenaires;
 - Consulter la liste des partenaires membres du C.A. ainsi que leur provenance (organisation);
 - Consulter le rapport annuel, si possible.
- Avant chacune des réunions :
 - Lire le procès-verbal de la réunion précédente;
 - Lire l'ordre du jour de la réunion;
 - Lire les informations et/ou la documentation se rapportant à ce qui sera discuté au cours de la réunion;
 - Faire le plan de ses interventions (si possible).
- Faciliter ses lectures!
S'impliquer dans une instance est parfois synonyme de beaucoup de lectures. Voici donc quelques moyens pour faciliter cette tâche :
 - Programmer les moments de lecture à votre agenda;
 - Créer des conditions optimales (tranquillité, confort);
 - Établir une grille de lecture;
 - Consulter avant tout : sommaire; table des matières; introduction; préface; conclusion; tableaux et figures;
 - Repérer les : titres; sous-titres; passages en caractères gras, italiques, soulignés; majuscules, guillemets, tirets;
 - Lire le début et la fin des paragraphes;
 - Noter en marge les renseignements importants, les commentaires personnels;
 - Surligner ce que l'on juge important;
 - Faire des synthèses sur papier pour faciliter l'utilisation ultérieure;
 - Établir un système de classement pour les fiches synthèses ainsi que pour les documents;
 - Arrêter de lire s'il y a des problèmes d'attention.

- Communication non verbale
 - Être attentive aux réactions non verbales des autres, les gestes sont importants pour connaître la position de quelqu'un sur un sujet donné :
 - Gestes de désintérêt : regard fuyant, griffonner sur un papier, etc.;
 - Gestes de défense : bras croisés, jambes croisées, en retrait sur la chaise, la personne fait des signes de désapprobations, fait non de la tête, etc.;
 - Gestes d'intérêt : avance sur la chaise, avance et s'appuie sur la table, prend une position penchée par en avant, la personne fait des signes d'approbation, fait oui de la tête, etc.;
 - Ne pas laisser le hasard déterminer ses comportements, être attentive à ses gestes et comportements lors de ses interventions;
 - Regarder tout le monde fréquemment. Lorsque l'on s'exprime dans un groupe cela témoigne de l'intention et du désir de parler à toutes et à tous, et démontre que chacunE est importantE. Regarder tout le monde augmente les chances que chacunE se sente concernéE par ce qui est exprimé;
 - Si on désire influencer davantage une personne, il faut la regarder plus longtemps que les autres tout en évitant de la fixer;
 - Si une personne a tendance à trop nous fixer du regard en parlant, il est préférable de la regarder un peu dans les yeux pour signaler notre attention mais aussi de balayer le groupe du regard pour que son message rejoigne les autres. On réagira verbalement à son intervention après que d'autres se soient exprimées;
 - Si on donne son opinion, on doit savoir si le message a été entendu, il faut alors toujours chercher à obtenir une réponse de la part des autres. Que ce soit un accord ou un désaccord, l'important c'est que le message soit reçu.

- Apprendre à respecter ses limites;
- Éviter le perfectionnisme à tout prix, apprendre à laisser aller, à lâcher prise sur des détails qui prennent parfois beaucoup d'énergie;
- Accepter que les choses soient faites différemment par rapport à ses pratiques personnelles;
- Apprendre à déléguer, faire confiance aux autres;
- Abandonner le mythe de la « superwoman »;
- Bien se préparer à une intervention dans un groupe sert aussi à baisser le niveau de stress, le fait de connaître le sujet dont vous aurez à traiter est un élément de moins pour lequel vous avez à vous inquiéter;
- Se fixer des objectifs réalistes.

La communication : un essentiel!

- La communication verbale et non verbale
Certains moyens peuvent être d'un grand secours lorsqu'on doit prendre la parole dans une réunion ou une assemblée.
 - Être attentive au ton, au rythme ainsi qu'à l'intensité de la voix lors des interventions;
 - Utiliser un vocabulaire accessible à toutes et à tous;
 - Privilégier les interventions brèves;
 - Faire un plan de l'intervention avec le ou les objectifs visés;
 - Faire des liens avec ce qui a déjà été dit auparavant, autant que possible.
- Le plan : un ingrédient essentiel pour structurer sa pensée et son intervention
 - Identifier dans l'ordre du jour les points prioritaires sur lesquels vous souhaitez intervenir;
 - Lors de son intervention, expliquer le contexte ou la préoccupation qui vous anime;
 - Structurer et synthétiser sa pensée de façon à être claire et précise;
 - Si possible, appuyer ses propos par des argumentations qui citent les propos d'autres membres, de documents de l'organisation, d'études, de recherches ou d'articles.

- Lors des réunions :
 - Avoir l'ordre du jour sous les yeux pour s'y référer;
 - Prendre en note les points importants lors de la réunion ainsi que les éléments potentiellement utiles pour une intervention ultérieure. Les décisions sont aussi importantes à noter;
 - Avoir toujours en tête le ou les objectifs de la réunion;
 - Si possible, éteindre téléphone mobile ou téléavertisseur dans le but de rester concentrée sur la réunion en cours;
 - Écouter;
 - Poser des questions pour être sûre de la compréhension qu'on a des discussions. Cela permet de bien connaître les implications et les effets des décisions sur lesquelles on doit voter.
- Prendre des notes lors des réunions :
Prendre des notes lors des réunions est un outil essentiel dans le suivi des dossiers, voici donc quelques moyens :
 - Inscrire date, lieu et organisme pour fins de repérage;
 - Noter les appuis et les désaccords lors des décisions;
 - Organiser les informations en tableaux, dessins, organigrammes;
 - Inscrire les commentaires personnels;
 - Utiliser des techniques d'abréviation;
 - Si possible, mettre ses notes au propre le plus tôt possible dans le but de clarifier, ordonner, rectifier et compléter au besoin;
 - Faire un classement de vos notes.
- Gérer son stress!
La participation ou la prise de parole lors d'une réunion d'un C.A. est parfois génératrice de stress. Il est important de souligner que de nombreuses techniques existent afin de contrôler les effets du stress, il suffit de trouver celle qui répond aux besoins de chacune. Certaines méthodes conviennent mieux à certaines personnes.
 - Apprendre à dire non;
 - Apprendre à se faire confiance, être fière de ses réalisations;