

**Agir localement :**  
**Promotion de la santé de la population**

**Rapport présenté**  
**par Dr Trevor Hancock**  
**consultant en promotion de la santé**  
**Victoria (C.-B.)**

**au**  
**Sous-comité sénatorial sur la santé de la population**

**mars 2009**

---

## Table des matières

### Sommaire

1. Introduction
2. Aperçu du développement humain sain
  - 2.1 Santé de la population et développement humain
  - 2.2. Le « droit » au développement humain
  - 2.3 Renforcement du capital communautaire – les cinq formes de capital
  - 2.4 Nouvelles mesures de progrès
  - 2.5 Renforcement de la résilience des gens et des communautés
3. Création de communautés plus saines, renforcement du développement humain
  - 3.1 Communautés saines au Canada
4. Mobilisation communautaire et renforcement des capacités
  - 4.1 Mobilisation communautaire
  - 4.2 Partenariats intersectoriels
  - 4.3 Engagement politique
  - 4.4 Politique publique saine
  - 4.5 Développement communautaire reposant sur les actifs
5. Nouveaux modèles de gouvernance communautaire pour la santé et le développement humain
  - 5.1 Le Tamarack Institute et les Collectivités dynamiques
  - 5.2 Conseils de planification sociale et Inclusive Cities Canada
  - 5.3 L'Accord de Vancouver
  - 5.4 Oujé-Bougoumou – Une communauté autochtone inspirante
  - 5.5 Gouvernance urbaine saine
  - 5.6 Création d'une infrastructure pour la gouvernance urbaine
6. Obstacles à la gouvernance communautaire et à l'action communautaire pour la santé et le développement humain
  - 6.1 Approche fragmentaire aux problèmes communautaires – nécessité d'une approche plus exhaustive
  - 6.2 Absence de vision nationale d'ensemble
  - 6.3 Ententes municipales dépassées
  - 6.4 Absence de structures communes pour la gouvernance communautaire
  - 6.5 Limites de financement

- 6.6 Absence de consensus sur le soutien pour plus de programmes universels
- 6.7 Limites imposées par les règlements sur les organismes charitables et sur les investissements sociaux
- 6.8 Épuisement du secteur bénévole
- 6.9 Difficultés à mettre en commun les cas de réussite au Canada
- 7. Services sociaux communautaires intégrés
  - 7.1 Services sociaux intégrés – facteurs de succès déterminants et obstacles
  - 7.2 Les CLSC du Québec
  - 7.3 Les Centres de santé communautaires du Canada anglais
  - 7.4 Intégration des services sociaux en Saskatchewan
  - 7.5 Enfants en santé Manitoba
  - 7.6 Une vision de services de développement humain et de santé intégrés
- 8. Vers une approche nationale axée sur le soutien de l'action communautaire au profit de la santé de la population et du développement humain

#### Références

##### Encadrés

1. Certaines propositions fondamentales pour la promotion de la santé de la population et le développement humain sain au niveau local
2. Développement humain– concepts de base et définition
3. La ville saine : définition et critères
4. Des fonds de contrepartie donnent un nouveau visage à Seattle
5. Calgary poursuit l'objectif du salaire-subsistance dans le cadre des Collectivités dynamiques
6. Le bâtiment Woodward réaménagé agrmente le DTES d'un espace innovateur à usage multiple
7. L'histoire d'Oujé-Bougoumou
8. *Our cities, our health, our future : Acting on social determinants for health equity in urban settings*

##### Figures

1. Capital communautaire et développement centré sur la personne
2. PIB et IPR, États-Unis, 1950 - 2004
3. Partenariats intersectoriels
  - 3a. Action interservices/interministérielle/interorganisationnelle
  - 3b. Action intersectorielle

### 3c. Intégration verticale

#### Tableaux

1. Certaines répercussions des services sociaux sélectionnés, selon le niveau de conception, proposition de CEED pour le concours relatif à la conception de Seaton, 1994

#### Annexes

- Annexe 1 : Villes-santé/communautés-santé – hier
- Annexe 2 : Villes-santé/communautés-santé – aujourd’hui
- Annexe 3 : Intervenants clés

**Remerciements**

Je tiens à remercier tout particulièrement ma collègue et amie Anne Mullens pour sa très importante contribution à la recherche, à la rédaction et à la révision de ce rapport. Toutefois, bien que nous partagions le mérite, c'est à moi seul qu'incombe la responsabilité des omissions ou des erreurs qu'il peut contenir.

Je remercie également mon employeur régulier, le ministère pour la Vie Saine et le Sport de la Colombie-Britannique, pour son appui dans la préparation de ce rapport. Cependant, ce sont mes points de vue que j'y exprime et ceux-ci ne représentent pas forcément ceux du Ministère ou du gouvernement de la Colombie-Britannique.

## **Sommaire**

On ne peut parler de la santé des individus, la comprendre, ou prendre des mesures à son égard, si l'on ne reconnaît pas que les êtres humains sont des animaux sociaux qui ont évolué pour vivre dans des familles, des groupes sociaux et des communautés. La « communauté » est donc le creuset dans lequel agit un grand nombre des déterminants de la santé les plus importants comme les lieux où nous vivons, où nous apprenons, où nous travaillons, où nous nous divertissons – nos maisons, nos écoles, nos lieux de travail et nos quartiers.

En fait, le Sous-comité sénatorial sur la santé de la population a dégagé 12 principaux facteurs ou conditions – déterminants de la santé – qui interviennent en faveur ou au détriment de la santé des Canadiens. De ces 12 facteurs, il y en a bien 10 qui ont une influence au niveau communautaire.

Dans notre rapport, nous faisons valoir que puisqu'un si grand nombre de ces déterminants a des effets au niveau local, c'est à ce niveau qu'il faut intervenir. Que pouvons-nous donc faire pour aborder tous ces déterminants de la santé au niveau communautaire, ou du moins certains d'entre eux? Que fait-on actuellement dans les communautés canadiennes? Comment les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux peuvent-ils soutenir ou promouvoir l'action communautaire pour la santé et le développement humain?

La notion fondamentale de promotion du développement humain sain sous-tend la promotion de la santé communautaire. La tâche de promouvoir un développement humain optimal – de sorte à nous permettre à tous de développer de façon optimale notre potentiel humain – est, ou devrait être, l'objectif premier de tous les ordres de gouvernement. On devrait consacrer la même attention et la même énergie au développement de la population d'un pays qu'au développement économique de ce pays. Nous commencerons donc par établir les fondements conceptuels du développement humain sain, en particulier la notion de création des cinq formes de capital, à savoir, le capital naturel, le capital économique, le capital social, le capital bâti, et le capital humain qui, ensemble, forment le « capital communautaire ». Ces concepts qui représentent ce que devrait être notre objectif sociétal doivent devenir les principaux indicateurs de nos progrès. Pour rendre cela possible, il faut de nouvelles mesures qui permettent de mieux saisir et intégrer ces diverses dimensions du bien-être sociétal, communautaire et personnel.

Trouver un équilibre approprié entre ces formes de capital souvent concurrentielles de sorte à mobiliser les citoyens de tous les secteurs de la communauté et, idéalement, maximiser simultanément toutes ces formes de capital, est au cœur de l'art de la gouvernance locale de la santé et du développement humain. Le processus de gouvernance permet de mobiliser l'ensemble de la communauté pour trouver le bon équilibre, c'est-à-dire « la somme des différentes manières utilisées par les individus, les institutions publiques et privées pour planifier et gérer les affaires communes de la cité » (ONU-Habitat, 2002). Parmi les principaux éléments de la gouvernance de la santé communautaire, quatre ont été définis il y a plus de 15 ans dans le cadre du projet des Villes-Santé du bureau régional de l'OMS pour l'Europe : il s'agit de la mobilisation

communautaire, de l'action intersectorielle, de l'engagement politique et de la politique publique saine.

Pour améliorer la gouvernance de la santé et du développement humain, il est nécessaire d'investir dans le renforcement de la résilience, « capacité de faire face à des problèmes difficiles et au changement constant, mais à en sortir grandi et renforcé » (Torjman, 2007), des gens et des communautés, et dans le processus et les structures nécessaires à la gouvernance communautaire.

Nous examinons dans notre rapport les nombreuses façons dont le Canada crée des communautés plus saines et renforce le développement communautaire et humain. Un point fondamental ressort de cet examen, à savoir qu'il n'existe pas de modèle universel pouvant ou devant être appliqué à toutes les communautés. Il nous faut un processus modèle qui appuie et habilite les communautés et leur permette de se mobiliser avec leurs citoyens et avec les divers organismes du secteur privé, organismes communautaires, organismes sans but lucratif et organismes publics, en vue d'élaborer une vision commune et originale adaptée aux interventions qui permettra de la réaliser.

Un second point fondamental apparenté qui émerge a trait au fait que cette approche doit être fondée sur les points forts et les actifs de la communauté, non sur ses faiblesses et ses dysfonctionnements. Au Canada, un nombre de plus en plus grand d'initiatives suit cette approche, par exemple :

- **Le mouvement des communautés saines** – Issu en partie de la Charte d'Ottawa présentée en 1986, le mouvement des communautés saines du Canada existe depuis plus de 20 ans. Bien que l'initiative fédérale ait disparu avec les compressions budgétaires de 1991-1992, Villes et Villages en Santé du Québec et la Coalition des communautés en santé de l'Ontario sont toujours des mouvements très actifs. L'initiative des communautés saines de la Colombie-Britannique a refait surface en 2005 grâce à un nouveau financement de la province. Ces trois initiatives provinciales ont adopté une approche élargie qui réunit les facteurs économiques, sociaux et environnementaux qui, tous, facilitent et soutiennent l'action communautaire menée au sein des communautés. L'initiative du Québec accorde une place particulièrement importante aux administrations municipales et au lien avec ces administrations, alors que celle de l'Ontario se concentre plus particulièrement sur les organismes et les réseaux communautaires; l'initiative de la Colombie-Britannique, forte de l'expérience de ses deux partenaires, fait les deux, puisqu'elle est située organisationnellement à l'Union of BC Municipalities et qu'elle met fortement l'accent sur le renforcement des capacités communautaires.
- **La mobilisation communautaire et le renforcement des capacités** – Cinq stratégies essentielles mettent à profit la capacité communautaire existante pour améliorer la santé de la population et favoriser le développement humain :
  - la **mobilisation communautaire** qui permet aux bénéficiaires passifs des services de devenir des participants et des chefs responsabilisés;
  - les **partenariats intersectoriels** qui franchissent les barrières entre les services ou entre les ministères gouvernementaux (l'ensemble du

gouvernement), dans de multiples secteurs, notamment par la création de vastes coalitions, ou par l'intégration verticale en établissant des liens entre les gouvernements fédéral, provinciaux et locaux;

- l'**engagement politique** qui dure idéalement au-delà d'un seul mandat et qui encourage la mobilisation communautaire et le renforcement des capacités;
  - la **politique publique saine**, lorsque les mesures prises par le gouvernement dans les secteurs non liés à la santé, comme la politique sur le transport ou le logement, visent, entre autres, à améliorer la santé de la population;
  - le **développement communautaire reposant sur les actifs**, démarche qui responsabilise les individus et les communautés en se concentrant sur les forces des communautés et sur les actifs et les compétences des individus. Cette approche responsabilise les individus et les communautés au lieu de les déresponsabiliser et les traite de façon à ce que leurs capacités et leurs mérites intrinsèques soient reconnus au lieu de les considérer seulement comme des individus aux nombreux problèmes à régler ou comme des clients impuissants dont il faut répondre aux besoins.
- **Nouveaux modèles de gouvernance communautaire pour la santé et le développement humain** : Il se fait au Canada du travail de mobilisation communautaire très intéressant dans le cadre d'initiatives comme les *Collectivités dynamiques* et *Inclusive Cities Canada* qui, toutes deux, s'appuient sur les forces des communautés pour intervenir dans le domaine de la santé et du développement humain. Ces initiatives qui couvrent toutes les dimensions du concept « communauté » au Canada, vont de l'Accord de Vancouver (nouvel accord de développement urbain entre le Canada, la Colombie-Britannique et la ville de Vancouver qui visait également à faire participer de nombreux autres partenaires pour trouver des solutions aux problèmes complexes dans le centre-est de Vancouver) à la petite, mais inspirante communauté crie des Oujé-Bougoumou. Pourtant, malgré des initiatives très positives, des obstacles entravent les progrès, notamment les dispositions constitutionnelles municipales caduques, l'absence d'une vision nationale d'ensemble du développement de communautés en bonne santé, l'absence d'un ensemble complet de programmes universels pour examiner les facteurs déterminants que l'action communautaire peut ensuite renforcer, le manque constant de financement et les approches restrictives à l'égard du financement, l'absence d'infrastructure communautaire pour la gouvernance de la santé et le développement humain, les restrictions de la loi fédérale imposées aux organismes caritatifs dont relève la majorité des actions communautaires, l'épuisement des bénévoles, et le manque d'échanges d'informations utiles sur les programmes réussis, en particulier entre le Canada anglais et le Canada français.
  - **Services sociaux communautaires intégrés** – Les services sociaux intégrés qui coordonnent les interventions individuelles et les services constituent un important sous-ensemble du développement humain communautaire. Leur but est

de fournir au public un accès rationalisé et simplifié aux services, d'accroître l'efficacité, de dispenser de meilleurs soins et d'éliminer le cloisonnement organisationnel traditionnel ou le cloisonnement des programmes. Les modèles de services sociaux intégrés qui ont fait leurs preuves sont, entre autres, les CLSC du Québec et les centres de santé communautaires du Canada anglais, mais malgré les nombreuses preuves de leur succès, les obstacles caractéristiques qui gênent leur expansion sont le financement, les guerres intestines et les conflits idéologiques. La Saskatchewan a connu quelques succès en matière d'intégration des services et une nouvelle initiative de services intégrés, *Enfants en santé Manitoba*, attire actuellement l'attention. Pour conclure la présente section, nous présentons une vision de services sociaux intégrés élaborée à partir du niveau de ménage.

En dernier lieu, nous proposons une vision axée sur une approche nationale à l'appui d'une action communautaire reposant sur les actifs visant la santé de la population et le développement humain.

1. De nombreux déterminants de la santé ont des effets au niveau communautaire, dans les milieux environnants, maisons, écoles, lieux de travail, quartiers, où vivent les gens, où ils apprennent, travaillent et se divertissent.
2. Les communautés – même celles qui sont les plus défavorisées et qui doivent relever d'immenses défis comme la communauté crie d'Oujé-Bougoumou décrite dans notre rapport – témoignent de forces, de capacités, d'actifs importants, parfois étonnants, qu'elles peuvent utiliser pour résoudre leurs problèmes et améliorer leur santé, leur bien-être et le développement humain.
3. Les gouvernements fédéral et provinciaux, les organisations philanthropiques et le secteur privé seraient bien avisés de reconnaître les forces inhérentes des communautés et de prendre appui sur la capacité communautaire et de la renforcer en investissant dans une stratégie de développement communautaire reposant sur les actifs.
4. Une telle stratégie nécessite, entre autres :
  - a. de reconnaître le rôle vital que jouent les administrations municipales dans la création des conditions favorables à la santé et au développement humain, d'en faire des partenaires clés, et de renforcer leurs pouvoirs (y compris leur pouvoir de taxation);
  - b. d'adopter une approche pangouvernementale globale à l'égard des questions liées à la santé de la population et au développement humain à tous les niveaux du gouvernement, du niveau fédéral au niveau local;
  - c. d'encourager et de soutenir la création de processus et de structures de gouvernance communautaire qui permettent aux nombreux intervenants dans la communauté - le secteur communautaire, les secteurs public, privé, et sans but lucratif, ainsi qu'à chaque citoyen - de reconnaître et de définir les enjeux et problèmes communautaires locaux, de trouver des solutions, et d'élaborer des stratégies à long terme qui reposent sur les actifs visant à les aborder.

5. Pour ce faire, il faut que les gouvernements et les organisations philanthropiques s'engagent à financer à long terme cette infrastructure de gouvernance communautaire. Cela signifie, plus précisément, qu'ils doivent s'engager à fournir moins de financement ciblé à court terme et plus de financement général à long terme que les communautés pourront utiliser de la façon qu'elles jugent utile pour régler les difficultés qu'elles ont définies et développer la capacité communautaire dont elles ont besoin.
6. Tant au niveau national que provincial, il est nécessaire d'établir des organismes nationaux et/ou provinciaux (ou lorsqu'ils sont déjà établis, de les renforcer sensiblement) capables de favoriser la création d'écoles, de lieux de travail et de communautés en bonne santé. Ces organismes pourraient faciliter et soutenir la création d'infrastructures de gouvernance communautaire, mener de la recherche, mettre en commun leurs connaissances et leur expérience, élaborer des outils et « former les formateurs ».
7. Tout travail effectué au niveau national pour améliorer la santé de la population et le développement humain par le biais de l'action communautaire visant à créer des communautés en meilleure santé doit inclure un effort national d'élaboration de nouvelles mesures du progrès, pour nous permettre de suivre l'évolution des progrès dans la réalisation de ces vastes objectifs sociétaux. Ces nouvelles mesures doivent pouvoir s'appliquer à tous les niveaux, du niveau national au niveau local, et elles doivent être élaborées en partenariat avec la communauté, dans le cadre du renforcement de la capacité de la communauté de se comprendre et de comprendre la situation, condition préalable à toute intervention.
8. Les gouvernements devraient mettre en place des systèmes de services de développement humain mieux intégrés comme élément du renforcement de la capacité communautaire (ou comme élément d'appui sur cette capacité). Dans les communautés défavorisées, en particulier, ces services devraient être situés près des personnes qui les utilisent ou qui en ont besoin; ils devraient être faciles à trouver (« accessibles à partir d'un même point ») et à utiliser et, le cas échéant, être logés dans une seule installation qui maximise l'utilisation de l'espace commun pendant la journée.

## **1. Introduction**

Sous l'angle de l'évolution, les êtres humains sont des animaux sociaux. Nous avons évolué au sein de familles et de groupes sociaux plus larges, et l'interaction sociale fait partie intégrante de notre bien-être. La recherche épidémiologique a montré, de façon constante, que l'isolement et la solitude nuisent à la santé. Aussi, contrairement aux souhaits de certains idéologues, la communauté et la société sont des entités bien réelles et on ne peut parler de la santé des individus, la comprendre ou prendre des mesures à son égard si l'on ne reconnaît pas ce fait.

Nous avons fondé notre rapport sur la reconnaissance que la « communauté » est le creuset où agissent de nombreux déterminants de la santé importants. En tant qu'endroit où nous vivons, où nous apprenons, nous travaillons et nous nous divertissons – nos maisons, nos écoles, nos lieux de travail et nos quartiers – il s'agit de notre environnement physique le plus proche<sup>1</sup>; en tant que réseau de relations sociales fondé sur ces lieux, mais se prolongeant au-delà dans des communautés virtuelles « non spatiales », il s'agit d'une source fondamentale de notre identité et de notre mieux-être social, et son importance vient juste après celle de notre famille.

Cela ne veut pas dire que la « communauté » soit une panacée, ni qu'il faille l'idéaliser. Les communautés, en tant que lieux et réseaux de relations sociales, peuvent agir en faveur ou au détriment de la santé; en fait, la protection qu'une communauté fournit à ses membres – en particulier les plus vulnérables – contre les préjudices que peuvent leur causer leur environnement physique, social, économique et autres environnements, est en partie ce qui lui permet d'être une communauté saine.

Cela ne veut pas dire non plus que la communauté soit la seule responsable de la bonne santé (ou de la maladie). Nous savons, en fait, que d'un côté, la santé dépend de notre patrimoine génétique et, de l'autre, de la santé des écosystèmes régionaux et de l'écosystème global qui constituent nos « systèmes de support vital ». Tout comme le fameux congressman américain « Tip » O'Neill l'a fait remarquer dans sa célèbre formule « Toute politique est locale », nous pourrions nous aussi dire que toute santé est locale.

L'examen de l'ensemble des déterminants de la santé définis par le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations renforce cette idée. L'an dernier, le Sous-comité a publié quatre rapports approfondis examinant divers aspects des politiques sur la santé de la population. Ces rapports établissaient clairement que de multiples facteurs et conditions – ou « déterminants » – ont des effets positifs ou négatifs sur la santé des Canadiens. Les rapports du Sous-comité définissaient les 12 déterminants de la santé suivants<sup>2</sup>: ceux qui sont suivis d'un astérisque interviennent largement dans les

<sup>1</sup> Il faut se souvenir que 80 % de la population canadienne vit en milieu urbain et qu'elle passe 90 % de son temps à l'extérieur (et un autre 5 % dans un véhicule), ce qui veut dire que l'environnement bâti est de loin notre environnement le plus proche et le plus important. Il ne faut pas oublier non plus que nous faisons également partie des écosystèmes régionaux et de l'écosystème global et que leurs systèmes de support vital influent profondément sur notre bien-être ultime.

<sup>2</sup> Nous utilisons ici la liste des déterminants de la santé du Sous-comité sénatorial, mais elle diffère légèrement de celles qui ont été établies récemment par d'autres sources canadiennes. L'Agence de la santé publique du Canada utilise sept catégories générales: l'environnement socioéconomique, les environnements physiques, le développement de la petite enfance, les habitudes personnelles de santé, la

communautés canadiennes – les cités, villes, quartiers et régions où les Canadiens vivent, apprennent, travaillent et se divertissent :

- le développement de la petite enfance; \*
- le niveau d’instruction;\*
- l’emploi et les conditions de travail;\*
- le revenu et la situation sociale;\*
- les environnements sociaux;\*
- les environnements physiques;\*
- les réseaux de soutien sociaux;\*
- les habitudes de vie et la capacité d’adaptation;\*
- le patrimoine biologique et génétique
- le sexe
- la culture (\* - peut avoir une importante dimension communautaire)
- les services de santé\*

Comme l’a noté le Sous-comité dans son quatrième rapport en avril 2008, certaines études indiquent que la santé de la population dépendrait à 15 % de facteurs biologiques et génétiques, à 10 % de l’environnement physique, à 25 % de l’effet réparateur du système de santé. Autant que 50 % de la santé de la population serait attribuable aux conditions socioéconomiques. Cela veut dire, du fait que la communauté représente aussi l’environnement physique bâti où les Canadiens passent presque tout leur temps et où les services de santé locaux sont fournis, que plus de 75 % des déterminants de la santé influent sur la population canadienne dans le contexte communautaire, à savoir dans nos maisons, dans nos écoles, dans nos quartiers, dans nos lieux de travail, dans nos villes et dans nos cités.

En outre, les conditions nécessaires à la bonne santé sont souvent créées au niveau local, par le travail des administrations municipales, des conseils de bande, des ONG locales ou des organisations du secteur privé ou, dans certains cas, par l’intermédiaire des bureaux régionaux des gouvernements fédéral et provinciaux.

Nous faisons valoir dans notre rapport que puisque de si nombreux déterminants exercent leur influence au niveau local, c’est à ce niveau qu’il faut intervenir. Que pouvons-nous donc faire pour aborder les déterminants de la santé au niveau communautaire, ou du moins certains d’entre eux? Que fait-on actuellement dans les communautés

---

capacité d’adaptation individuelle, le patrimoine génétique et biologique; et les services de santé. Le groupe de travail FPT sur la santé de la population utilise les déterminants suivants : le revenu, le niveau de scolarité, l’emploi, le logement et l’environnement bâti, l’environnement naturel, les expériences durant la petite enfance, l’alphabétisation, le soutien social, les choix en matière de santé, l’accès aux services de santé préventive et la capacité générale des gens de contrôler les décisions dans leurs propres vies.

canadiennes? Comment les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux appuient-ils ou promeuvent-ils l'action communautaire visant la bonne santé de la population et le développement humain?

Il importe de noter que le rapport sur l'état de la santé publique au Canada de 2008, premier Rapport annuel de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada, demandait explicitement de renforcer la capacité des communautés canadiennes pour aborder les déterminants de la santé, faisant remarquer que les personnes qui vivent le plus près du problème sont aussi souvent celles qui sont le plus près de la solution. Il indique dans son rapport qu'il faut rendre hommage aux communautés et les aider à élaborer leurs propres réponses, à faire fond des connaissances, de l'expérience et de l'énergie présentes sur le terrain. Cette recommandation a trouvé son écho dans le rapport sur les déterminants sociaux de la santé de 2008 de l'OMS qui préconisait, dans l'une de ses principales recommandations, de mettre la santé et l'équité en santé au cœur de la planification et de la gouvernance des villes, en particulier lorsque la pauvreté ou les mauvaises conditions de vie influent sur la santé des populations. De plus, un document de base du processus de recherche factuelle de l'OMS, *Our Cities, Our Health, Our Future : Acting on social determinants for health equity in urban settings*, indiquait que « le développement urbain et la planification urbaine sont indispensables à la création d'environnements physiques et sociaux favorables à la santé et à l'équité en santé ». Il constatait que le secteur de la santé devait établir des partenariats avec d'autres secteurs et avec la société civile pour mener un vaste éventail d'interventions.

## **2. Aperçu du développement humain sain**

*« Salus populi suprema lex »*

*(Le salut du peuple est la loi suprême)*

Cicéron - *De Legibus* (45 ans avant J.-C. environ)

Le but ultime de la gouvernance d'une société est le bien-être de ses membres; il s'agit d'une vérité ancienne dont on fait souvent peu de cas. On trouvera dans l'encadré 1 certaines propositions fondamentales qui devraient constituer les fondements de la promotion de la santé des populations et d'un développement humain sain au niveau local.

Premièrement, la santé de la population est un élément fondamental d'un concept plus vaste, à savoir le développement humain, et l'amélioration de la santé de la population est incluse dans une tâche plus large, à savoir, chercher à s'assurer que tous les individus développent de façon optimale leur potentiel humain.

Deuxièmement, cette tâche est, ou devrait être, l'objectif central du gouvernement. L'Organisation des Nations Unies a elle-même déclaré que « l'être humain est le sujet central du processus de développement » (Déclaration des Nations Unies sur le droit au développement, 1986) et elle en a fait le point central de son Indicateur du développement humain.

Pourtant, curieusement, le développement humain est rarement, de façon explicite, au cœur des activités du gouvernement; celles-ci sont plus souvent axées, semble-t-il, sur le développement économique, ce que résume la phrase fameuse de Bill Clinton, rappel à lui-même durant la course à la présidence : « It's the economy, stupid! » [C'est

l'économie, stupide!]. Nous faisons valoir dans notre rapport que l'économie est un moyen d'arriver à une fin, qui est le développement humain plutôt que le développement économique [ce sont les gens, stupide!] ou, comme l'indique de façon plus éloquente un rapport sur la santé humaine et les écosystèmes de l'Association canadienne de la santé publique en 1992 :

« Le développement humain et la réalisation du potentiel humain exigent une forme d'activité économique qui soit socialement et environnementalement viable pour les générations présentes et à venir ».

Troisièmement, le développement humain est une fonction, non seulement du développement économique, mais aussi du développement social et du développement durable de l'environnement naturel et de l'environnement bâti.

Le quatrième point fondamental est que c'est là où les gens vivent – dans leurs maisons, leurs écoles, leurs lieux de travail, leurs lieux de loisir, leurs quartiers et leurs communautés – que la santé s'acquiert et que les êtres humains se développent. C'est dans ces lieux que les gens peuvent se mobiliser utilement, et où les promesses de la promotion de la santé – « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986) – peuvent se réaliser le plus facilement.

Un cinquième point fondamental est que, non seulement le développement humain devrait être au cœur des activités des gouvernements (tous les ordres), mais aussi de la gouvernance. Le Centre des Nations Unies pour les établissements humains définit la gouvernance (dans le contexte de la gouvernance urbaine) comme étant

« la somme des nombreuses façons dont les individus et les institutions, publiques et privées, gèrent leurs affaires communes ».

Cette approche, bien entendu, devrait être appliquée à tous les ordres de gouvernement. Ce qu'il y a d'important dans cette définition est que, quel que soit l'ordre de gouvernement auquel on l'applique, la gouvernance nécessite la participation des individus et celle des institutions publiques et privées. Ensemble, ils participent à la planification et à la gestion de leurs affaires communes, probablement dans un but commun. Quel objectif commun est-il plus noble que d'assurer que tous les membres de la société et de la communauté atteignent le niveau de santé, de mieux-être et de développement humain le plus élevé possible? Qui peut douter que dans une telle situation, non seulement les individus, mais également les communautés et les entreprises, pourraient prospérer?

Sixièmement, les communautés ou, au sens politique, les municipalités, sont particulièrement importantes parce qu'elles représentent l'ordre de gouvernement le plus proche des gens, et qu'elles englobent les autres milieux environnants. Il en résulte qu'il faut donner à la gouvernance de la santé et du développement humain une dimension locale importante, tout en tenant compte de l'importance que le gouvernement fédéral et les provinces aient des politiques et des programmes qui l'appuient.

Septièmement, un système intégré de services sociaux communautaires est un élément important du développement humain local. On pourrait créer ce genre de système à partir du niveau du ménage, en cherchant des moyens de favoriser le développement humain à

tous les niveaux et dans toutes ses dimensions, sous l'angle de chaque citoyen, nourrisson, enfant, jeune, adulte ou aîné.

**Encadré 1 : Certaines propositions fondamentales pour la promotion de la santé de la population et le développement humain sain au niveau local**

Certains concepts fondamentaux sous-tendent les fondements de la promotion de la santé communautaire. Ces fondements ont trait à la promotion du développement humain sain :

1. La santé de la population est un élément fondamental qui s'inscrit dans le concept plus large du développement humain sain pour que tous les individus développent de façon optimale leur potentiel humain.
2. La tâche de promouvoir le développement humain optimal est – ou devrait être – l'objectif premier de tous les ordres de gouvernement. Ceux-ci devraient consacrer la même attention et la même énergie au développement de la population qu'ils consacrent au développement économique du pays.
3. Le développement humain est un résultat non seulement d'un développement économique stable et efficace, mais également du développement social et du développement durable de l'environnement naturel et de l'environnement bâti.
4. C'est là où les gens vivent – dans leurs maisons, leurs écoles, leurs lieux de travail, leurs lieux de loisir, leurs quartiers et leurs communautés – que la santé s'acquiert et que les êtres humains se développent.
5. Bien que les gouvernements jouent un rôle important, la création des conditions pour un développement humain sain exige un système de gouvernance élargi et plus inclusif dans tous les ordres de gouvernement.
6. Par conséquent, les communautés – ou, au sens politique, les municipalités – sont particulièrement importantes parce qu'elles sont l'ordre de gouvernement le plus proche des gens, et qu'elles contiennent les autres milieux environnants. Il en résulte que la gouvernance de la santé et du développement humain doit avoir une forte dimension locale et tenir également compte de l'importance des politiques et des programmes fédéraux et provinciaux qui la soutiennent.
7. Un système intégré de services sociaux communautaires est un élément important du développement humain local. On pourrait créer un système de développement humain communautaire au niveau local idéal en partant du niveau du ménage et il serait soutenu à chaque niveau et à partir de chaque dimension, sous l'angle de chaque citoyen et de ses besoins, qu'il s'agisse du nourrisson, de l'enfant, du jeune, de l'adulte ou de l'aîné.
8. Parallèlement, ce genre de système communautaire idéal devrait être fondé sur le respect de la capacité et de l'autonomie des individus et des communautés, et il doit responsabiliser, non déresponsabiliser, et habiliter. Il doit s'appuyer sur la capacité des individus et des communautés de reconnaître leurs propres besoins et d'y répondre.

En dernier lieu, un tel système doit être fondé sur la capacité (qu'il doit respecter) des individus et des communautés, qu'il doit responsabiliser, et non déresponsabiliser, habiliter et non déshabiliter; il doit faire fond sur cette capacité.

Nous illustrons notre rapport par des exemples et des cas concrets qui montrent clairement qu'il ne s'agit pas de chimères, mais d'idées applicables. Même si le système

que nous décrivons n'existe pas encore complètement, un grand nombre de ses éléments, sinon tous, existe déjà quelque part au Canada ou ailleurs dans le monde.

## 2.1 Santé de la population et développement humain

La santé, a déclaré il y a 60 ans l'Organisation mondiale de la santé, dans une phrase devenue célèbre, est un état complet de bien-être physique, mental et social. L'inclusion du bien-être social signale que le contexte social de l'individu a une grande importance, que la santé dépend, du moins en partie, des liens sociaux. Au fil des ans, la liste des éléments dont la santé dépend – les déterminants de la santé – s'est considérablement allongée. Selon le fameux Rapport Lalonde de 1974, il existe quatre groupes de facteurs qui influent sur la santé » – les habitudes de vie, l'environnement (physique, social et économique), les services de santé et le patrimoine biologique – et toute amélioration future de la santé des Canadiens dépendrait principalement des deux premiers. Plus récemment, le Programme de recherche sur la santé de la population de l'Institut canadien de recherches avancées puis le Comité consultatif (canadien) sur la santé de la population ont ajouté des éléments à cette liste qui compte aujourd'hui un ensemble de 12 déterminants reconnus par le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations.

C'est toutefois la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé adoptée en 1986 par l'OMS qui a fait remarquer que la santé n'est pas le but ultime de la vie, mais qu'il s'agit plutôt d'une ressource de la vie quotidienne, et non du but de la vie, qu'une « bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de vie ». La santé, alors, n'est qu'un élément d'une vie bien remplie ou d'une bonne vie, qu'une partie de ce à quoi nous aspirons.

Cela nous amène à nous demander à quoi nous devrions aspirer pour les êtres humains. On pourrait répondre, que chacun d'eux se développe de façon optimale et réalise tout son potentiel, en tenant compte du fait que chaque personne possède un potentiel différent, et que ce potentiel inclut de mener son existence dans un état complet de bien-être physique, mental et social, et qu'il transcende même cela. Le Centre for Human Potential and Public Policy de l'Université de Chicago définit le potentiel humain de la façon suivante :

« la motivation, l'intelligence humaine, le développement social et émotionnel, l'éthique et la moralité, et un sens de responsabilité civique »  
([www.harrisschool.uchicago.edu/research/chppp/](http://www.harrisschool.uchicago.edu/research/chppp/))

On pourrait ajouter à cette liste la créativité et la capacité d'innovation, le sentiment d'empathie et de sollicitude à l'égard d'autrui (y compris les espèces non humaines et la nature dans son ensemble). Le développement de ce type de potentiel humain pour tous est un objectif ambitieux, mais méritoire; il reconnaît qu'un objectif est, comme l'a indiqué le Service de la santé publique des États-Unis il y a une trentaine d'années « une déclaration d'aspiration intemporelle ».

Parmi les efforts faits ces vingt dernières années pour comprendre le développement humain, l'élaboration de l'Indicateur du développement humain par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) (voir l'encadré 2) représente l'un des efforts, reconnus mondialement, qui a la plus grande portée. Il est remarquable de

constater le degré dans lequel ce travail tient compte à la fois d'une approche fondée sur les « déterminants de la santé » et le concept du potentiel humain.

**Encadré 2 : Développement humain – concepts de base et définition**

Le développement humain est un paradigme du développement qui valorise beaucoup plus que la simple hausse ou la baisse des revenus nationaux. Il repose sur la création d'un environnement au sein duquel les gens peuvent développer pleinement leur potentiel et mener des vies productives et créatives en accord avec leurs besoins et leurs intérêts. Les gens sont la vraie richesse des nations. Le développement vise donc à élargir les choix qui s'offrent aux personnes pour leur permettre de mener des vies qui leur sont précieuses, Il s'agit donc de bien plus qu'une croissance économique, qui n'est qu'un moyen — certes très important — d'élargir les choix qui s'offrent aux populations.

L'élargissement de ces choix repose sur un élément essentiel : la construction des capacités humaines, c'est-à-dire l'éventail de choses que les gens peuvent faire ou être dans la vie. Les capacités les plus fondamentales pour le développement humain consistent à mener des vies caractérisées par la longévité et la santé, l'accès au savoir, l'accès aux ressources nécessaires pour atteindre un niveau de vie décent et à être en mesure de prendre part à la vie de la communauté. Sans cela, de nombreux choix ne sont tout simplement pas disponibles et de nombreuses opportunités dans la vie restent inaccessibles.

« Le principal objectif du développement est d'élargir les choix qui s'offrent aux gens. En principe, ces choix peuvent être infinis et peuvent varier dans le temps. Les gens attachent souvent de la valeur aux réussites qui ne transparaissent pas du tout, ou pas immédiatement, dans les chiffres relatifs aux revenus ou à la croissance économique : un meilleur accès aux connaissances, une meilleure nutrition et de meilleurs services de santé, des moyens d'existence plus sûrs, une certaine sécurité contre la criminalité et la violence physique, du temps libre bien rempli, des libertés politiques et culturelles et un sentiment de participation aux activités de la communauté. L'objectif du développement est de créer un environnement favorisant l'épanouissement pour que les gens puissent jouir d'une vie longue, saine et créative ».

*Mahbub ul Haq, Fondateur du Rapport mondial sur le développement humain*

Cette vision du développement, souvent oubliée dans le souci immédiat d'accumuler des marchandises et une richesse financière, n'est pas nouvelle. Les philosophes, les économistes et les responsables politiques conçoivent depuis longtemps le bien-être des gens comme l'objectif et la finalité du développement. Comme l'a écrit Aristote dans la Grèce antique, « Évidemment, la richesse n'est pas le bien dont nous sommes en quête; la richesse n'est qu'une chose utile et recherchée en vue de choses autres qu'elle-même. »

« Le développement humain est un processus d'élargissement des choix offerts aux gens. Élargir les choix des gens devient une réalité à travers le développement des capacités humaines et des modes de fonctionnement humain fondamentaux. À tous les niveaux du développement, les trois capacités essentielles du développement humain sont la longévité et la santé, le savoir et un niveau de vie décent. Si ces capacités fondamentales ne sont pas réalisées, de nombreux choix ne sont tout simplement pas disponibles et de nombreuses opportunités demeurent inaccessibles. Cependant, le domaine du développement humain s'étend au-delà : les domaines essentiels du choix, auquel les gens attachent beaucoup d'importance, vont des opportunités politiques, économiques et sociales permettant d'être créatif et productif, jusqu'à l'appréciation de l'estime de soi, de l'émancipation et du sens d'appartenance à une communauté. Le développement humain est un concept holistique, car il met les individus au centre de tous les aspects du processus de développement. Il a souvent été erronément interprété et confondu avec les approches et concepts suivants du développement ».

Glossaire des Rapports sur le développement humain du PNUD

*Source : Rapports sur le développement humain, Programme des Nations Unies pour le développement;*  
<http://hdr.undp.org/fr/devhumain>

## 2.2 Le « droit » au développement humain

« Le développement humain est un concept holistique, car il met les individus au centre de tous les aspects du processus de développement ».

### Glossaire des Rapports sur le développement humain du PNUD

Reconnaissant la position centrale de la dimension humaine dans le développement, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté en 1986 une « Déclaration sur le droit au développement » qui indique que « l'être humain est le sujet central du développement » et demande aux États membres « d'assurer [...] l'accès aux ressources de base, à l'éducation, aux services de santé, à l'alimentation, au logement, à l'emploi et à la répartition équitable du revenu » (Développement humain durable. Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, 1995).

Un an plus tard, la Commission mondiale sur l'environnement et le développement a défini le développement durable en mettant fortement l'accent sur l'exigence de répondre aux besoins des gens :

*« On entend par développement durable un développement qui répond aux besoins actuels sans nuire à la capacité des générations futures de répondre aux leurs ».* (CMED, 1987)

Cet accent mis sur le développement humain était encore plus fortement marqué à la Conférence sur l'environnement et le développement des Nations Unies tenue à Rio de Janeiro en 1992. Le premier principe de la Déclaration de Rio est le suivant :

*« Les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature ».*

Bien qu'initialement axé sur le développement économique environnementalement durable, le concept a été élargi pour inclure la notion de société durable (Table ronde de la C.-B. sur l'environnement et l'économie, 1993). Il est donc devenu courant de considérer la durabilité en termes de « piliers » ou de « sphères » ou de formes de « capital », à savoir, les éléments économiques, sociaux et environnementaux. C'est l'interaction de ces trois éléments qui détermine le niveau de développement humain, qui est une quatrième forme de « capital » (Ekins, Mayer et Hutchinson, 1992; Banque mondiale, 1995). Par conséquent, il faudrait considérer la santé, la qualité de vie et le développement humain comme des mesures des indicateurs de résultats d'une activité économique socialement et environnementalement durable réussie.

Ces concepts sont intégrés dans un rapport d'un groupe de travail de l'Association canadienne de santé publique sur la santé humaine et de l'écosystème publié en 1992 dans lequel il déclare :

*« Le développement humain et la réalisation du potentiel humain exigent une forme d'activité économique qui soit socialement et environnementalement viables pour les générations présentes et à venir ».*

Alors que le Sommet mondial pour le développement social, tenu également en 1995, notait que

« Nous sommes profondément convaincus de l'interdépendance du développement économique, du développement social et de la protection de l'environnement. Nous savons aussi que ces éléments agissent les uns sur les autres pour réaliser le développement durable. Or, ce développement durable constitue le cadre de notre action pour assurer à tous une meilleure qualité de vie ». (Cité dans Santé Canada, 2000)

### 2.3 Création du capital communautaire – Les cinq formes de capital

Tandis que les êtres humains devraient être au centre de toutes les formes de développement, le sujet central du développement humain – comme nous l'avons noté dans l'introduction de cette section – devrait être la communauté dans laquelle ils vivent et mènent leur existence; meilleure est la communauté et meilleurs sont la santé, le bien-être et le niveau de développement humain des personnes qui y résident. Un objectif prioritaire devrait consister à mettre la personne au centre du développement communautaire, et mettre le développement communautaire et humain au centre de la politique publique et de la gouvernance sociétale.

La Figure 1, qui est une version récemment élaborée d'un modèle conceptuel initialement développé relativement au concept de ville ou de communauté saine (Hancock, 1993) et très largement utilisé, montre une façon de le comprendre. Le modèle utilise le concept de « capital communautaire » qui est la combinaison de la « richesse » totale de la communauté, ainsi que le concept des quatre formes de capital indiquées ci-dessus en y ajoutant une cinquième forme de capital, le « capital bâti » qui est aujourd'hui le modèle dominant des Canadiens<sup>3</sup>. Ce modèle montre :

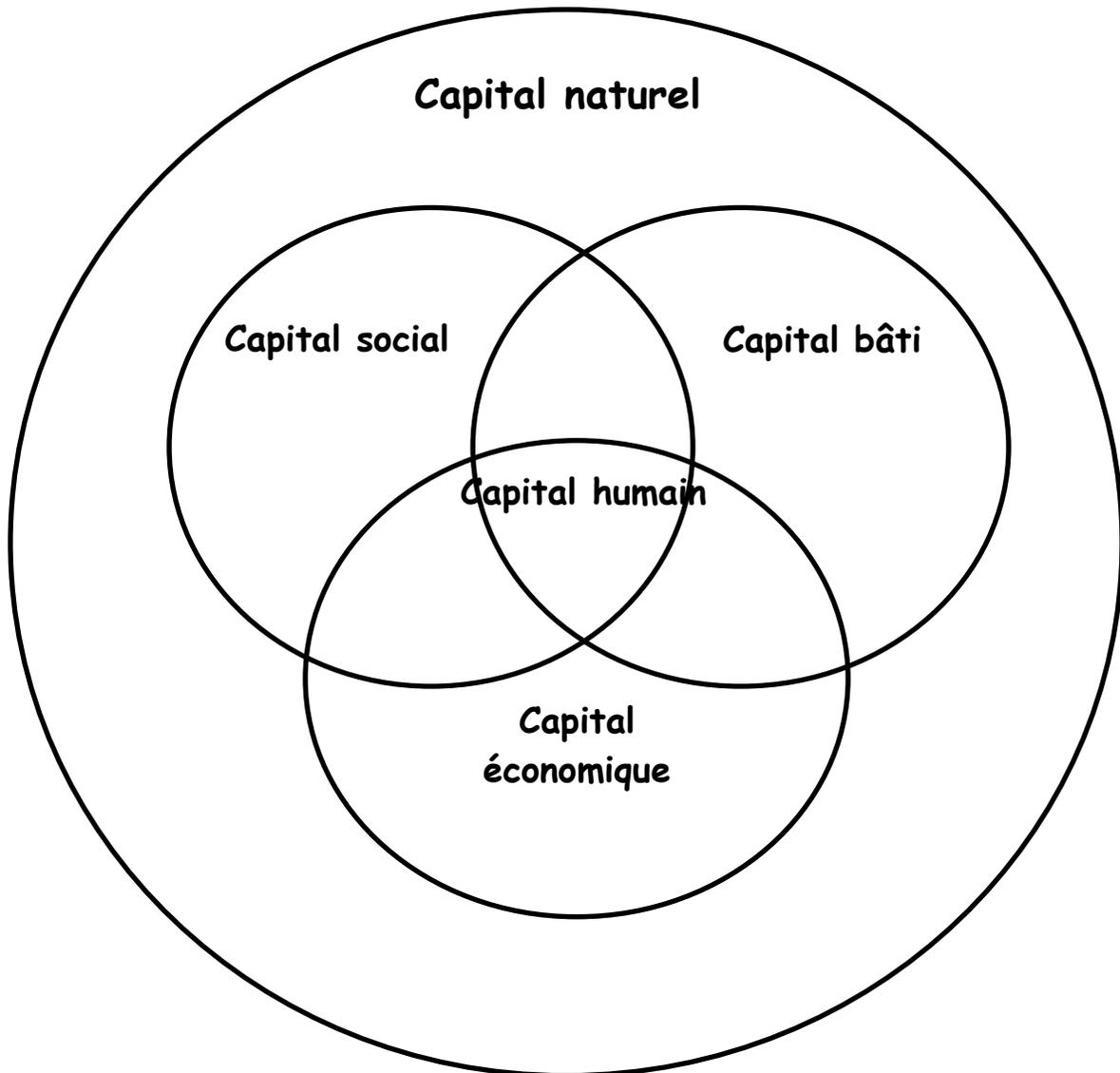
- que le développement humain est le produit de l'interaction du capital bâti, du capital économique et du capital social, dans le contexte du capital naturel;
- que, conceptuellement, plus il y a d'intégration (chevauchement) dans le développement de capital social, de capital économique ou de capital bâti, plus le niveau de capital humain est élevé;
- qu'il est nécessaire d'établir un certain équilibre entre toutes ces formes de capital et, notamment, qu'il n'est pas viable de créer une forme de capital en épuisant d'autres formes de capital;
- que la combinaison de ces formes de capital ne peut excéder le capital naturel (intégrité et santé de l'écosystème, durabilité des ressources, systèmes de support vital, capacité limite).

Il est important de faire la distinction entre le capital social et le capital humain. Le capital humain est la somme des capacités ou potentiel réalisé de chaque individu dans une communauté ou une ville; il est inhérent à l'individu, alors que

<sup>3</sup> « Le milieu bâti fait partie de l'écosystème global de la planète Terre. Ce milieu englobe tous les bâtiments, espaces et produits créés ou à tout le moins considérablement modifiés par les humains. En font partie nos maisons, nos écoles, nos lieux de travail, nos parcs, nos quartiers commerciaux et nos routes. Il s'étend par-dessus nos têtes sous forme de lignes de transport d'électricité, sous terre sous forme de décharges et de rames de métro et dans le pays tout entier sous forme de routes ». Santé Canada, Santé et Environnement (1997).

« le capital social n'est pas inhérent à la personne, mais plutôt à la structure des relations entre les personnes ». (Coleman, 1988)

**Figure 1 : Capital humain et développement centré sur la personne**



Le concept de connexions et de réseaux sociaux informels de Putman (Putman, 1993), et les idées qui y sont associées, en est venu à dominer le concept de « capital social ». Toutefois, la structure de nos relations avec les autres doit être comprise en fonction de deux autres dimensions au moins :

- le capital social « formel », représenté par le système de programmes sociaux que nous avons créé – pensions, assurance-emploi, soins de santé, aide sociale, services sociaux, éducation publique, etc.;
- le capital social « invisible », représenté par les systèmes constitutionnel, juridique et politique que nous avons créés au fil des siècles et qui régissent nos interactions dans une société démocratique et conformément au principe de légalité, de façons dont on peut ne pas être toujours conscients.

Par conséquent, le développement humain dépend du développement économique et social axé sur la personne et du développement axé sur la personne de l'environnement bâti, et en tenant compte des contraintes imposées par les systèmes naturels. La gouvernance des diverses interactions de ces différentes dimensions, l'atteinte d'un équilibre approprié entre ces dimensions souvent concurrentes de façon à mobiliser les membres de la communauté de tous les secteurs, la maximisation – idéalement – simultanée de toutes ces formes de capital – sont au cœur de l'art de la gouvernance locale de la santé et du développement humain.

Toutefois, d'autres organisations ont aussi utilisé le concept des cinq formes de capital, en le modifiant légèrement. Le ministère du Développement international (MDI) du Royaume-Uni qui dirige l'action du gouvernement britannique contre la pauvreté, préconise largement ce qu'il appelle une « approche fondée sur les moyens de subsistance » qui utilise un cadre axé sur les cinq formes de capital.

Comme il le fait observer, les êtres humains et leur accès aux biens sont au cœur des approches fondées sur les moyens de subsistance. Dans son cadre original, le MDI définit cinq catégories de biens, ou capitaux; d'autres leur ont été ajoutées ultérieurement, notamment le capital politique (pouvoir et capacité d'influencer les décisions). Les cinq catégories initiales de capital sont les suivantes :

- le capital humain : compétences, connaissances, santé et capacité de travailler;
- le capital social : ressources sociales, notamment les réseaux informels, les membres des groupes formalisés et les relations de confiance qui facilitent la coopération;
- le capital naturel : ressources naturelles telles que la terre, le sol, l'eau, les forêts et les ressources piscicoles;
- le capital physique : infrastructure de base, comme les routes, l'eau et l'hygiène publique, les écoles, les TIC; et les biens produits, y compris les outils et l'équipement;
- le capital financier : ressources financières incluant les épargnes, le crédit, et le revenu provenant de l'emploi, du commerce et des envois de fonds.

Le MDI fait remarquer que des actifs peuvent être détruits ou créés par suite des tendances (économiques, politiques), de chocs (guerres, conflits, catastrophes naturelles) et des changements saisonniers qui rendent les individus vulnérables dans leur vie quotidienne. Les politiques, les institutions, les processus peuvent avoir une grande

influence sur l'accès aux biens – en les créant, en en déterminant l'accès, en influant sur les taux d'accumulation d'actifs. Ceux qui possèdent plus d'actifs sont plus susceptibles d'avoir plus de possibilités de moyens de subsistance pour poursuivre leurs objectifs et réduire la pauvreté<sup>4</sup>.

#### 2.4 Nouvelles mesures du progrès

Si l'objectif central du gouvernement – et, en fait, de la gouvernance de la société et de la communauté – est d'améliorer la santé, le bien-être, le développement humain, et la création de capital communautaire, il s'ensuit alors qu'il faudrait mesurer notre progrès en tant que pays, province, territoire, municipalité ou communauté, en ces termes. Nous prenons de plus en plus conscience des limites du système que nous utilisons actuellement pour mesurer le progrès; le PNB, qui est une mesure très imparfaite du bien-être d'une société, est trop souvent la seule chose qui semble compter. Pourtant, dans le monde des indicateurs, il est évident que « nous obtenons ce que nous mesurons » – et que si nous utilisons des mesures imparfaites, nous ne devrions pas être surpris d'obtenir des résultats imparfaits.

Beaucoup de travail a été effectué ces dernières décennies pour élaborer de nouvelles mesures du progrès. D'une façon ou d'une autre, toutes ont tenté d'intégrer la plupart des cinq formes de capital, sinon toutes, et le concept de développement humain indiqués ci-dessus. Nous présentons ici certaines initiatives essentielles qui revêtent une pertinence particulière pour le Canada :

- Indicateur du développement humain (IDH) : Cet indicateur qui a été élaboré par le PNUD est utilisé depuis une vingtaine d'années. Le premier Rapport sur le développement humain (1990) a introduit une nouvelle manière de mesurer le développement en faisant la synthèse des indicateurs d'espérance de vie, de niveau d'études et de revenu, pour aboutir à un indicateur composite du développement humain, l'IDH. Le tournant décisif pour l'IDH fut la création d'une statistique unique destinée à servir de cadre de référence pour le développement économique et social. Au fil du temps, cet indicateur est devenu de plus en plus complexe et raffiné, avec l'ajout de l'Indicateur sexospécifique du développement humain (l'ISDH, qui est l'IDH ajusté en fonction de l'inégalité sexospécifique), de l'Indicateur de la participation des femmes (IPF, mesure de l'égalité sexospécifique en matière de participation économique et politique et de prise de décision) et l'Indicateur de la pauvreté humaine (IPH), qui utilise les indicateurs incorporant les dimensions les plus fondamentales de la privation : une courte espérance de vie, un manque d'instruction fondamentale et un manque d'accès aux ressources publiques et privée (consulter le site [http://hdr.undp.org/fr/statistiques/indicateurs/isdh\\_ipf](http://hdr.undp.org/fr/statistiques/indicateurs/isdh_ipf))

Pendant de nombreuses années, le Canada s'est classé en tête ou près de la tête du classement international des pays au chapitre de l'IDH; dans le rapport de 2008 (fondé sur les données de 2006) il se classait au 3<sup>e</sup> rang. Toutefois, il

<sup>4</sup> On trouvera plus d'information sur le MDI sur le site [www.dfid.gov.uk](http://www.dfid.gov.uk). On trouvera d'autres renseignements sur l'approche relative aux moyens de subsistance auprès de l'International development clearinghouse Eldis Organization, [www.eldis.org](http://www.eldis.org).

s'est classé au 83<sup>e</sup> rang des 157 pays visés par l'ISDH (bien que l'écart entre tous les pays soit très mince), et au 11<sup>e</sup> rang selon l'IPF<sup>5</sup>. Cependant, au Canada, il existe des différences très marquées entre les Autochtones et les non-Autochtones. Une étude comparant l'IDH pour les Indiens inscrits et le reste de la population canadienne (Cooke, Beavon et McHardy, 2004) a trouvé que l'IDH canadien en 1981 était 0,806 et qu'il a augmenté, s'élevant à 0,880 en 2001<sup>6</sup>, alors que l'IDH pour les Indiens inscrits qui était 0,626 en 1981 a atteint 0,765 en 2001. Bien que l'écart entre les deux populations se soit rétréci, passant de 0,23 en 1981 à 0,11 en 2001, un résultat de 0,765 a placé les Indiens inscrits au même niveau que le Kazakhstan, qui s'est classé au 76<sup>e</sup> rang des 175 pays en 2001 (PNUD, 2003).

- **Indicateur de progrès réel (IPR)** : fondé sur les travaux de Herman Daly et John Cobb (1989) qui ont mis au point l'Indice du bien-être économique, l'IPR a été créé par Redefining Progress, organisation située à San Francisco, en 1995. « L'IPR utilise les mêmes données de la consommation personnelle sur lesquelles se fonde le PIB, mais il fait des distinctions importantes. Il tient compte de facteurs tels que la répartition du revenu, ajoute des facteurs tels que la valeur du travail ménager et du travail bénévole, et en soustrait d'autres comme les coûts associés à la criminalité et à la pollution »<sup>7</sup>. On peut l'utiliser aux niveaux national, provincial ou local.

L'IPR utilise les mesures suivantes : la répartition du revenu, le travail ménager, le travail bénévole et les études supérieures; la criminalité, l'épuisement des ressources, la pollution; le dommage environnemental à long terme, les changements concernant le temps consacré aux loisirs; les dépenses consacrées à la défense de l'environnement; la durée de vie des produits de consommation durables, l'infrastructure publique, et la dépendance à l'égard des biens étrangers.

La différence entre le PIB et l'IPR est très révélatrice; les comptes annuels du PIB et de l'IPR pour les É.-U. de 1950 à 2004 (la plus récente mise à jour faite par Redefining Progress) révèle la vérité qui se cache derrière la phrase « obtenir de meilleurs résultats, mais se sentir pire ». Bien que le PIB ait augmenté régulièrement, l'IPR stagne depuis les années 1970 (voir la Figure 2).

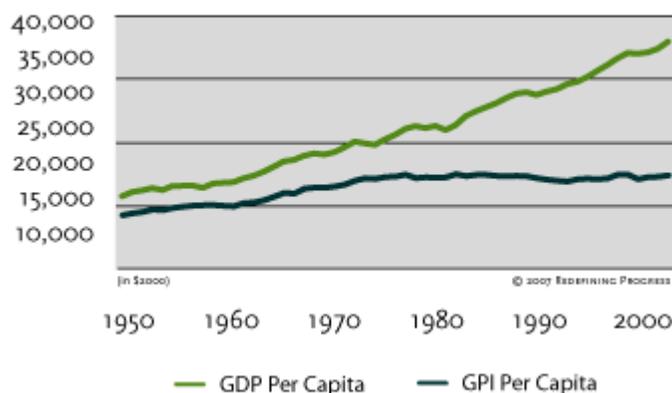
<sup>5</sup> [http://hdrstats.undp.org/2008/countries/country\\_fact\\_sheets/cty\\_fs\\_CAN.html](http://hdrstats.undp.org/2008/countries/country_fact_sheets/cty_fs_CAN.html)

<sup>6</sup> Curieusement, le PNUD a donné au Canada une cote de 0,937 en 2001, ce qui l'a placé au 8<sup>e</sup> rang; une cote de 0,880 l'aurait placé au 29<sup>e</sup> rang à côté de la Slovaquie. Il est clair qu'il existe des différences méthodologiques entre l'estimation de l'IDH du PNUD et celle des auteurs canadiens.

<sup>7</sup> [www.rprogress.org/sustainability\\_indicators/genuine\\_progress\\_indicator.htm](http://www.rprogress.org/sustainability_indicators/genuine_progress_indicator.htm)

**Figure 2 : PIB et IPR, États-Unis, 1950 - 2004**

GROSS PRODUCTION VS. GENUINE PROGRESS, 1950-2004



Production brute c. progrès réel, 1950-2004

PIB par habitant      IPR par habitant

Au Canada, GPI Atlantic a élaboré l'IPR au niveau provincial pour la Nouvelle-Écosse et a mis à l'essai sa mise en œuvre au niveau communautaire dans trois communautés de la Nouvelle-Écosse - Kings County, Glace Bay et Halifax<sup>8</sup>, tandis que le Pembina Institute élaborait l'IPR pour l'Alberta en 2000 et le mettait à jour en 2005<sup>9</sup>.

- Bonheur national brut (BNB) : Proposé par le roi du Bhoutan dans les années 1970, le BNB exprime la notion bouddhiste que le but ultime de la vie est le bonheur intérieur. L'indice de BNB est un seul chiffre visant à « traduire le bonheur et le bien-être général de la population bhoutanaise » et on le calcule au moyen des trois ensembles généraux d'indicateurs; indicateurs du niveau de BNB, indicateurs géographiques du BNB et indicateurs de corrélation et de cause à effet du BNB. Les indicateurs du BNB comprennent neuf dimensions de base :
  - le bien-être psychologique
  - l'utilisation du temps
  - la vitalité de la communauté
  - la culture
  - la santé
  - l'éducation
  - la diversité environnementale
  - le niveau de vie

<sup>8</sup> [www.gpiatlantic.org/community.htm](http://www.gpiatlantic.org/community.htm)

<sup>9</sup> [www.greeneconomics.ca/AlbertaGPI](http://www.greeneconomics.ca/AlbertaGPI)

- la gouvernance<sup>10</sup>

Ces dernières années, le BNB a attiré l'attention au niveau international, et la Seconde conférence internationale sur le BNB a été tenue en Nouvelle-Écosse en 2005, avec l'appui financier du CRDI et de l'ACDI et le soutien de nombreux partenaires, y compris de GPI Atlantic<sup>11</sup>. Les chercheurs affiliés à GPI Atlantic ont travaillé avec les chercheurs du Bhoutan et ils ont récemment entrepris (printemps 2009) une enquête-pilote sur le BNB à Victoria (C.-B.) dans le cadre d'une série d'enquêtes-pilotes de ce type dans plusieurs pays (Mike Pennock, communication personnelle).

- Indice canadien du mieux-être (ICME) : L'Atkinson Charitable Foundation travaille avec un nombre d'organisations et de communautés du Canada depuis 1999 pour mettre au point l'ICME. Elle crée, en particulier, des partenariats avec les Fondations communautaires du Canada concernant leur initiative des signes vitaux et avec l'initiative de revitalisation des quartiers de Centraide, et elle a aussi des liens avec l'initiative de rapports de la qualité de vie de la FCM<sup>12</sup> ainsi qu'avec Communautés dynamiques. L'indice a huit domaines - assez semblables à ceux du BNB - qui seront combinés pour former un indicateur composite :

- populations saines
- vitalité de la communauté
- utilisation du temps
- population scolarisée
- santé de l'écosystème
- arts et culture
- engagement civique
- niveau de vie

« Plus important, l'ICME mettra en lumière l'interdépendance de ces importants domaines ». Comme l'IPR, il « traitera les activités utiles comme des actifs et celles qui sont nocives comme des passifs » et également, tout comme l'IPR, il sera calculé aux niveaux national, provincial, régional et communautaire<sup>13</sup>.

On constate clairement un intérêt croissant à tous les niveaux, du niveau international au niveau local, envers l'élaboration d'autres options de mesure du progrès; en outre, un

<sup>10</sup> [www.grossnationalhappiness.com/gnhIndex/introductionGNH.aspx](http://www.grossnationalhappiness.com/gnhIndex/introductionGNH.aspx)

<sup>11</sup> [www.gpiatlantic.org/conference/](http://www.gpiatlantic.org/conference/)

<sup>12</sup> Dirigé par la Fédération canadienne des municipalités (FCM), le Système de rapports sur la qualité de vie (SRQDV) évalue, surveille et diffuse les tendances sociales, économiques et environnementales observées dans les plus grandes villes et collectivités du Canada. Le Système de rapports sur la qualité de vie est une initiative portée par ses membres. Au nombre de 16 en 1996, les collectivités membres du SRQDV sont maintenant 23, réparties dans sept provinces. (Source : <http://www.fcm.ca/Francais/view.asp?x=477>)

<sup>13</sup> [www.atkinsonfoundation.ca/ciw](http://www.atkinsonfoundation.ca/ciw)

grand nombre de ces efforts ont de nombreux éléments communs. On a constaté un intérêt particulièrement marqué ces dernières décennies pour le développement d'ensembles d'indicateurs plus généraux au niveau communautaire, notamment des ensembles d'indicateurs pour les communautés saines, les communautés durables, les communautés viables et les communautés sécuritaires, et pour la qualité de vie<sup>14</sup>. Tous sont élaborés de façon à tenir compte des communautés de façon globale, souvent en utilisant des catégories de bien-être ou de développement humain, économique, social et environnemental.

En outre, et plus important, ils incluent presque toujours une stratégie de mobilisation communautaire, étant donné que l'élaboration d'indicateurs et leur utilisation par la communauté sont considérés comme un élément important du processus de renforcement de la capacité communautaire.

Tout effort au niveau national pour améliorer la santé de la population et le développement humain par l'action communautaire, afin de créer des communautés plus saines, doit s'accompagner d'un effort national d'élaboration de nouvelles mesures de progrès comme celles dont nous avons parlé ci-dessus, afin que l'on puisse voir les progrès que nous avons réalisés dans l'atteinte de ces vastes objectifs sociétaux. Ces nouvelles mesures doivent pouvoir s'appliquer à tous les niveaux, de l'international au local, et elles doivent être élaborées en partenariat avec les communautés, dans le cadre du renforcement de la capacité de la communauté de se comprendre et de comprendre sa situation, condition préalable nécessaire pour poser des gestes concrets.

## 2.5 Renforcement de la résilience chez les gens et les communautés

La résilience est un important concept relié au capital communautaire – il s'agit, en quelque sorte, de la somme, à un niveau personnel et communautaire, des créations de toutes les formes de capital communautaire. Dans son récent ouvrage « Shared Space : The Communities Agenda », Sherri Torjman, vice-présidente du Caledon Institute of Social Policy, avance que l'objectif de ce que Paul Born, directeur du Tamarack Institute, appelle le « programme communautaire » est de promouvoir la résilience pour bâtir des communautés fortes et dynamiques (p. 3).

En s'appuyant sur deux domaines de recherche et de pratique très différents mais étonnamment complémentaires – l'écologie et la santé mentale – Torjman avance que « la capacité, non seulement de s'adapter, mais également de prospérer face à des problèmes ardues et au changement continu » (p. 5) – est un attribut souhaitable tant pour les êtres humains que pour les communautés (et, bien entendu, pour les écosystèmes).

En fait, il existe une interrelation entre les personnes résilientes et les communautés résilientes. Il n'est alors pas surprenant, fait valoir Torjman, que pour renforcer la résilience il faille investir dans la capacité personnelle (« les compétences, habiletés et ressources des individus et des ménages ») et dans l'infrastructure communautaire

---

<sup>14</sup> Voir, par exemple, le Community Indicators Consortium, réseau d'apprentissage et communauté d'expertise pour les personnes engagées dans le domaine des indicateurs communautaire et leur application ou que ce domaine intéresse. Sa septième conférence internationale aura lieu à Seattle à l'automne 2009. ([www.communityindicators.net/](http://www.communityindicators.net/))

(« l'approvisionnement en produits de base et en ressources qui contribuent au bien-être », p. 18). Plus précisément, cela veut dire d'investir dans :

- la satisfaction des besoins de base (logement abordable convenable, revenu suffisant, protection de la santé);
- le développement des capacités et des compétences d'adaptation de base (développement de la petite enfance, alphabétisation, empathie, résolution des problèmes, et systèmes de soutien social et de capital social);
- la participation active à la vie sociétale et un sentiment de capacité d'action, résultant du discours public, la participation à la prise de décision, le volontarisme, la participation à des activités récréatives – et la création des espaces publics nécessaires pour mener ces activités;
- la création de possibilités au moyen de la formation et du développement des compétences, du développement économique communautaire, et du renforcement des biens collectifs et personnels, publics et privés.

### **3. Création de communautés plus saines**

« [...] la plus grande contribution à la santé de la nation ces 150 dernières années est le fait non pas des médecins ni des hôpitaux, mais de l'administration locale ».

--Dr Jessie Parfitt, dans *The Health of a City : Oxford, 1770-1974*

L'histoire nous enseigne pourquoi il est utile de s'occuper de la santé de la population au niveau communautaire. Comme l'a relevé Thomas McKeown dans son fameux ouvrage publié dans les années 1970 (McKeown, 1978), les gains les plus importants en matière d'espérance de vie et de santé humaines ces 200 dernières années sont attribuables à l'accès à l'eau potable, à de meilleurs réseaux d'assainissement, à une meilleure alimentation et à l'amélioration du niveau de vie, tous se produisant au niveau communautaire, et aucun d'eux n'étant le résultat de meilleurs services de santé per se.

En fait, il existe un lien historique entre la santé et les villes, et le mouvement de santé publique contemporain est né des préoccupations sur la santé des villes en Angleterre au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle (voir l'annexe 1).

Le mouvement des villes et des communautés saines actuel est né du concept de la promotion de la santé développé au Canada et en Europe au milieu des années 1980, plus précisément, lors d'une conférence sur la politique publique saine tenue à Toronto en 1984 qui a entraîné la création du projet des Villes-Santé par le bureau de l'OMS pour l'Europe en 1986 (voir l'annexe 2). À ce titre, il prend sa source dans les principaux éléments de la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* et dans l'approche fondée sur les milieux environnants<sup>15</sup> recommandée dans la Charte (OMS, 1986) dont il est une

<sup>15</sup> Les « milieux environnants » sont les lieux physiques et les espaces sociaux où nous menons notre existence. Du fait qu'il s'agit des « lieux » centraux dans nos vies, et parce qu'ils combinent les environnements sociaux et physiques, ils peuvent constituer d'importants axes de recherche pour les programmes de promotion de la santé. Les approches axées sur les milieux environnants qui sont largement adoptés dans la promotion de la santé au Canada et à l'étranger incluent les écoles saines, les lieux de travail sains, les hôpitaux sains, les prisons saines, les marchés sains, les communautés saines, et les villes

expression importante. Par conséquent, comme la promotion de la santé vue comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé », la création d'une cité en meilleure santé (ou d'une communauté, terme préféré au Canada) est, elle aussi, vue comme un processus faisant intervenir nombre des approches stratégiques indiquées dans la Charte d'Ottawa (établir une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles). Il s'agit clairement de la définition d'une cité saine élaborée dans le document de travail original préparé pour le projet des Villes-Santé du bureau de l'OMS pour l'Europe :

« Une ville saine est une ville où l'on crée et améliore constamment l'environnement physique et social et où l'on développe les ressources communautaires qui permettent aux gens de s'entraider dans la réalisation des fonctions de la vie et dans le développement maximal de leur potentiel ». (Hancock et Duhl, 1986)

Les « paramètres » d'une ville saine définis dans le document original du Bureau de l'OMS pour l'Europe illustrent bien l'éventail des questions qu'une initiative de communauté ou de ville saine pourrait avoir à traiter; celles-ci sont au moins aussi vastes que les « déterminants de la santé » définis plus d'une dizaine d'années plus tard par le Conseil consultatif sur la santé de la population (voir l'encadré 3).

---

saines. Théoriquement, et souvent dans la pratique, une communauté saine ou un projet de ville saine peut englober de nombreux autres programmes axés sur les milieux environnants.

**Encadré 3 : La ville saine : définition et critères**

Une ville en bonne santé est une ville où l'on crée et améliore constamment l'environnement physique et social et où l'on développe les ressources communautaires qui permettent aux gens de s'entraider dans la réalisation des fonctions de la vie et dans le développement maximal de leur potentiel.

**Critères**

1. Un environnement physique salubre, sans risques et de haute qualité (y compris au niveau du logement).
2. Un écosystème qui est stable dans le présent et pouvant être maintenu à long terme.
3. Une communauté forte, solidaire et qui n'exploite pas la population.
4. Un haut niveau de participation et de contrôle par la population pour tout ce qui concerne sa vie, sa santé et son bien-être.
5. La possibilité de satisfaire les besoins de base (alimentation, eau, abri, revenu, sécurité, emploi) de tous ses citoyens.
6. L'accès à une grande diversité d'expériences et de ressources, avec une possibilité d'élargir les contacts, les synergies et les communications.
7. Une économie locale diversifiée, dynamique et innovatrice.
8. L'encouragement du sentiment de lien avec le passé, c'est-à-dire avec le patrimoine culturel et biologique des citoyens, et avec d'autres groupes et individus.
9. Une structure de ville qui est compatible avec ce qui précède et qui le renforce.
10. Un niveau optimal de soins curatifs et de services de santé publique accessibles à tous.
11. Un bon état de santé (à la fois un état de santé positif et de faible morbidité).

(Source : Hancock, Trevor et Duhl, Leonard (1986) Healthy Cities : Promoting Health in the Urban Context. Copenhague, bureau de l'OMS pour l'Europe (également publié sous le titre de WHO Healthy Cities Paper, n° 1, publié par FADL, Copenhague, 1988)

Il importe également de noter que l'objectif final n'est pas la santé en soi, mais qu'il est lié au concept plus vaste de gens qui développent leurs potentialités de façon optimale, le concept de développement humain. De plus, conformément à la place qu'il occupe dans l'approche générale de la promotion de la santé, l'objectif central vise à donner aux êtres humains – individuellement et collectivement (par l'intermédiaire de leurs organisations communautaires et des structures politiques) – les moyens d'agir pour améliorer leur santé et leur niveau de développement humain. Pour cela, il faut adopter une démarche à long terme qui accorde une plus grande importance à la mobilisation et à l'habilitation politique aux niveaux local et communautaire sont plus importantes qu'aux projets à court terme (bien que ceux-ci puissent avoir leur importance dans le cadre du processus de mobilisation à long terme). Ce concept, comme celui de la promotion de la santé, a toujours posé problème à ceux qui se concentraient sur des résultats ciblés à court terme définis hors de la communauté (ce qui est souvent le cas de nombreux programmes gouvernementaux, comme nous le verrons plus loin). Sous de nombreux aspects, la

démarche de ville santé/communauté-santé est considérée, dans le meilleur des cas, comme une tentative de création d'un mouvement social communautaire plaidant en faveur de la santé, qui aide les communautés à définir elles-mêmes ce qui est important pour leur santé – quoi que ce soit – ainsi que la manière de l'améliorer.

Comme nous le verrons également plus loin, cette approche est compatible avec d'autres initiatives novatrices menées au Canada qui ont adopté une démarche similaire pour améliorer la condition des communautés canadiennes. Toutes posent les mêmes difficultés à la démarche d'action communautaire gouvernementale habituelle, et elles sont toutes victimes du même manque d'intérêt, qu'il convient d'examiner, parce qu'ensemble elles indiquent la voie à suivre pour l'action communautaire visant la santé de la population et le développement humain.

### 3.1 Communautés saines au Canada

Le Canada gère un mouvement de communautés saines depuis plus de 20 ans (nous préférons utiliser le terme « communauté » au Canada - ou ville et village au Québec – pour pouvoir inclure les petites communautés qui ne se considèrent pas comme des « villes » ainsi que les communautés qui se définissent comme telles ou les quartiers au sein des villes). Il existe trois initiatives largement ou entièrement financées au niveau provincial. Il n'y a pas d'initiative nationale; le financement de l'initiative des communautés saines du Canada qui a été établie en 1989 a fait l'objet de compressions durant la récession de 1991-1992.

- Au Québec, le Réseau québécois de Villes et Villages en santé (RQVVS) a été établi en 1990, et il est étroitement affilié à l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) dans lequel il est situé, et aux municipalités du Québec, qui composent ses membres et la majorité de son conseil d'administration. Sa mission est :

*« de promouvoir et de soutenir, à travers tout le Québec, le développement durable de milieux de vie sains. Il mise, pour ce faire, sur les échanges et le partage entre les municipalités, sur l'engagement des décideurs municipaux en faveur de la qualité de vie et sur leur capacité à mobiliser leurs partenaires et les citoyennes et citoyens dans l'action concrète ».* ([www.rqvvs.qc.ca/reseau/mission.asp](http://www.rqvvs.qc.ca/reseau/mission.asp))

Il comprend parmi ses membres 179 municipalités locales ou régionales (l'une d'elles étant une communauté de Premières nations) représentant plus de 50 pour cent de la population du Québec. En plus de ces membres officiels, un service de santé publique régional a la possibilité de travailler avec une municipalité dans le cadre d'une stratégie de communauté-santé, sans que cette municipalité soit tenue de joindre le RQVVS, de sorte que sa portée ne se limite pas à ces membres officiels; en fait, on estime que le RQVVS a travaillé avec 350 à 400 communautés ces cinq dernières années (communication personnelle de Louis Poirier, directeur, mars 2009).

Le budget de 2008-2009 pour le RQVVS s'élève à près de 500 000 \$, montant qui lui vient principalement du gouvernement du Québec, par l'intermédiaire de l'INSPQ.

- La Coalition des communautés en santé de l'Ontario (CCSO) est un organisme enregistré, constitué en personne morale, qui a pour mission de *travailler avec les diverses communautés de l'Ontario afin d'améliorer leur bien-être social, économique et environnemental*. Établie en 1992 et largement financée par le gouvernement, elle œuvre pour soutenir les groupes, coalitions et réseaux régionaux et locaux qui se consacrent aux initiatives communautés-santé en Ontario mais, par comparaison avec le RQVVS, elle est moins axée sur les gouvernements municipaux. La CCSO soutient les collaborations multisectorielles pour renforcer les économies locales, aborder les questions sociales et améliorer l'environnement, tout cela dans l'objectif ultime d'améliorer la santé de la communauté et de ses membres. ([www.ohcc-ccso.ca/fr](http://www.ohcc-ccso.ca/fr))

En septembre 2008, le CCSO comptait 376 membres répartis dans 143 secteurs, y compris 80 « membres communautaires » de tout l'Ontario (un membre communautaire est « une coalition d'organismes représentant au moins trois secteurs communautaires, a adopté l'approche de communauté en santé et travaille en matière d'amélioration du bien-être social, économique et environnemental de leur collectivité »), 15 organismes provinciaux couvrant le spectre social, environnemental, économique et politique, et 281 membres de réseaux, y compris quatre organismes d'autres provinces. Ces cinq dernières années, on estime que le CCSO a fourni des services à environ 350 groupes (communication personnelle de Lorna Heidenheim, directrice exécutive, mars 2009)

Le budget de 2008-2009 du CCSO s'élève à environ 720 000 \$, près de la moitié lui est fournie par le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario et 250 000 \$ par l'Agence de la santé publique du Canada et la Fondation Trillium chacune.

- L'initiative des communautés saines de la Colombie-Britannique [BC Healthy Communities initiative (BCHC)] a été établie au début des années 1990, mais son financement lui a été retiré peu de temps après. Elle a refait surface en 2005 grâce au financement du ministère de la Santé de la C.-B. par l'intermédiaire d'ActNow BC. Elle a pour vision que *toutes les communautés de la C.-B. créent et améliorent constamment les biens sociaux, environnementaux et économiques qui favorisent la santé, le bien-être, et la capacité de réaliser leur plein potentiel* et pour mission de *promouvoir l'approche de communauté-santé, en offrant une plate-forme commune pour le dialogue, la collaboration, l'apprentissage et l'action*.

BCHC soutient les communautés et les groupes communautaires qui adoptent une approche holistique et intégrée pour améliorer la santé, le bien-être et le développement sain dans leurs communautés au moyen de facilitation, d'ateliers, de trousseaux d'outils et de petites subventions de démarrage. La plupart des activités qu'elle mène actuellement porte sur les processus de mobilisation communautaire et de renforcement des capacités, notamment des forums et des ateliers, ou de petites interventions visant à promouvoir

l'activité physique, une alimentation plus saine ou l'embellissement paysager. Voir [www.bchealthycommunities.ca](http://www.bchealthycommunities.ca)

On estime que BCHC a travaillé avec plus de 400 organisations différentes dans 300 communautés de la C.-B. depuis son rétablissement. Son budget en 2008-2009 s'élevait à un peu plus de 550 000 \$, montant qui lui venait du ministère pour la Vie saine et le Sport de la Colombie-Britannique plus un autre montant estimé à 50 000 \$ en contributions en nature lui est venu de l'Union of BC Municipalities (UBCM) dans lequel il est situé.

Comme on peut le voir, ces trois réseaux provinciaux ont adopté une approche générale qui relie les facteurs économiques, sociaux et environnementaux et ils facilitent et soutiennent tous l'action axée sur la collaboration au sein des communautés. L'initiative du Québec accorde une grande importance aux gouvernements municipaux avec lesquels la province a établi des liens, alors que celle de l'Ontario est plutôt axée sur les réseaux et les organisations communautaires; tirant les enseignements de l'expérience de ses deux partenaires, l'initiative de la C.-B., fait les deux, en étant située à l'UBCM et en accordant la priorité au renforcement des capacités communautaires. Ces trois initiatives disposent de budgets à peu près similaires et réussissent à atteindre et à soutenir un grand nombre de communautés et à travailler avec elles avec des budgets vraiment très limités.

#### **4. Mobilisation communautaire et renforcement des capacités**

Un examen antérieur du projet Villes-Santé du bureau de l'OMS pour l'Europe (OMS, 1992) indique que les principaux éléments constitutifs d'une communauté saine sont :

- la mobilisation communautaire,
- les partenariats intersectoriels,
- l'engagement politique,
- la politique publique saine.

L'établissement de liens stratégiques entre ces quatre approches clés constitue ce que l'on pourrait décrire comme une stratégie locale visant l'amélioration de la santé de la population et du niveau de développement humain. Ensemble, elles développent et renforcent ou, pour être plus précis, elles s'appuient sur la capacité communautaire ou les actifs déjà présents dans chaque communauté. Ces dix dernières années, le développement communautaire reposant sur les actifs a de plus en plus remplacé la démarche par problème traditionnelle fondée sur les besoins pour aborder certains déterminants de la santé. Nous allons voir chacun d'eux.

##### **4.1 Mobilisation communautaire**

Selon le Tamarack Institute, le processus d'engagement citoyen comporte les cinq niveaux progressifs suivants :

1. **Passivité** – Les résidents et organismes locaux sont informés des problèmes par des organismes externes.
2. **Réaction** – Les résidents et organismes locaux fournissent leurs points de vue concernant les priorités et l'utilisation des ressources des organisations externes

3. **Participation** – Les résidents et organismes locaux influent sur les priorités et les organisations externes.
4. **Habilitation** - Les résidents et organismes locaux participent à la planification et à l'action avec les organisations externes.
5. **Leadership** – Les résidents et organismes locaux lancent et mènent l'action sur les problèmes avec le soutien des organisations externes.

Ce processus, qui rappelle la fameuse échelle de participation citoyenne de Sherry Arnstein<sup>16</sup>, pose de plus en plus de défis aux structures de pouvoir existantes à mesure que l'on progresse dans l'échelle; toutefois, bien que certains puissent le trouver pénible et exigeant, il est habilitant et libérateur pour la communauté et ses membres. En outre, tout porte à croire que l'habilitation des individus, qui entretient habituellement un lien réciproque et renforçant avec l'habilitation des communautés<sup>17</sup> a, en soi, des effets positifs sur la santé de ceux qui sont habilités.

En fait, un tel processus d'habilitation est l'essence même de la promotion de la santé – le « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». Il est absolument essentiel pour le processus de création de communautés plus saines. Bien entendu, cela nous indique ce qui doit être fait, mais pas la manière de le faire; nous verrons cela plus loin, lorsque nous analyserons le travail du Tamarack Institute et son programme des collectivités dynamiques et autres initiatives similaires.

Nous nous contenterons de dire qu'il s'agit d'un processus de mobilisation communautaire long et lent qui exige de procéder par petites étapes sur lesquelles prendre appui, ce qui permettra d'acquérir une confiance et expérience croissantes. Comme pratiquement tout ce qui vise à améliorer les communautés et les rendre plus saines, il faut du temps, et il est indispensable d'élaborer des solutions locales aux conditions locales, et de ne pas imposer un modèle standard. (Cela ne veut pas dire que l'on ne peut pas tirer des enseignements des autres, ni trouver des principes à appliquer, parce qu'il y en a. Mais le modèle est le processus, non les modalités précises d'un programme.)

#### 4.2 Partenariats intersectoriels

Il s'agit d'un domaine où notre terminologie a provoqué, et continue de provoquer une certaine confusion. Il est utile de considérer trois différents éléments de l'action intersectorielle (Hancock, 2008) :

- Action interservices/interministérielle/interorganisationnelle (Figure 3a)  
Action menée au sein d'une organisation fonctionnant à n'importe quel niveau, local, mondial (public, privé, ONG), pour relier et coordonner les activités. Par exemple, un bureau de ville saine (comme à Toronto) ou un comité interservices dans un gouvernement municipal, un comité du Cabinet

<sup>16</sup> Manipulation, Thérapie, Information, Consultation, Conciliation, Partenariat, Délégation de pouvoir, Contrôle citoyen

<sup>17</sup> Il ne faut jamais oublier que dans les communautés malsaines, lorsque la communauté utilise son habilitation pour exploiter les membres les plus faibles et les plus défavorisés, ou d'autres communautés à proximité ou éloignées, cette habilitation peut nuire à la santé de quelques autres, sinon de plusieurs.

et un programme comme Enfants en santé Manitoba, ou un Comité directeur sur la santé en milieu de travail dans une corporation. En termes gouvernementaux, on appelle souvent cette approche pangouvernementale.

- Action intersectorielle (Figure 3b)

Action menée avec des partenaires de nombreux secteurs (public, privé, sans but lucratif, confessionnel, universitaire, professionnel, etc.), fonctionnant à n'importe quel niveau, du niveau local au niveau mondial. Citons, par exemple, une coalition communautaire en santé reposant sur une large assise, ou BC Healthy Living Alliance, qui inclut des NGO œuvrant dans le domaine de la santé, les associations professionnelles de la santé, l'Union of BC Municipalities, la BC Recreation and Parks Association, les autorités sanitaires de la C.-B. et (d'office) le ministre de la Santé et le bureau régional de l'ASPC, entre autres; toutefois, elle ne comprend pas encore le secteur privé.

- Intégration verticale (Figure 3c)

Action à plusieurs niveaux. Elle peut parfois aller du niveau local au niveau mondial, mais, plus couramment, elle comprend seulement quelques niveaux. L'Accord de Vancouver entre les gouvernements fédéral, provincial et municipal, ou les coalitions internationales d'ONG axées sur des questions comme l'allaitement au sein ou le contrôle du tabagisme en sont des exemples.

**Figure 3a : Action interservices/interministérielle/ interorganisationnelle**

	Gouvernement	ONG et communauté	Milieu universitaire	Secteur privé
Local	↓	↓	↓	↓
Régional	↓	↓	↓	↓
État	↓	↓	↓	↓
National	↓	↓	↓	↓
International	↓	↓	↓	↓

**Figure 3b : Action intersectorielle**

	Gouvernement	ONG et communauté	Milieu universitaire	Secteur privé
<b>Local</b>				
<b>Régional</b>				
<b>État</b>				
<b>National</b>				
<b>International</b>				

**Figure 3c : Intégration verticale**

	Gouvernement	ONG et communauté	Milieu universitaire	Secteur privé
<b>Local</b>				
<b>Régional</b>				
<b>État</b>				
<b>National</b>				
<b>International</b>				

Ces trois formes d'action intersectorielle doivent être opérantes pour qu'une approche fondée sur le renforcement des capacités communautaires ou la communauté saine soit efficace. Il faut d'abord que le gouvernement municipal s'engage à réunir les principaux services pour pouvoir élaborer des approches communes aux questions transversales. Cela doit ensuite être appuyé (ce qui est rarement le cas) aux niveaux provincial et fédéral par des processus ou structures comparables, afin que les actions de ces paliers supérieurs de gouvernement puissent favoriser une approche intégrée au niveau local.

Deuxièmement, le travail qui consiste à créer une communauté plus saine (ou meilleure) doit transcender la sphère gouvernementale; il est indispensable que l'approche mobilise toute la société. Il est évident que, non seulement les organisations doivent y participer, mais également chaque citoyen, et celle-ci est clairement liée aux stratégies de participation communautaire indiquées plus haut. De nombreuses communautés ont trouvé des moyens différents de réunir leurs intervenants; un moyen efficace pour trouver un but commun et mener une action commune, souvent sur plusieurs années, a été la création d'une vision commune. La ville de Rouyn-Noranda au Québec, par exemple, première communauté d'Amérique du Nord à se déclarer officiellement communauté en bonne santé (en 1987) a élaboré avec un grand nombre de ses jeunes une vision commune qui a continué d'éclairer la voie pendant de nombreuses années. De même, l'initiative de communauté saine dans le Township de Woolwich dans la région de Waterloo a été guidée pendant une vingtaine d'années par une vision communautaire élaborée à la fin des années 1980.

Troisièmement, il faut, non seulement que l'action locale soit soutenue par les gouvernements fédéral et provinciaux, mais aussi mettre en place un mécanisme qui permette aux trois ordres de gouvernement de devenir des partenaires – des partenaires voués à répondre aux besoins locaux, et non des partenaires dans la mise en œuvre d'objectifs prioritaires nationaux ou provinciaux orientés sur les questions locales.

#### 4.3 Engagement politique

Bien que la création d'une communauté saine soit une tâche trop vaste pour qu'un gouvernement local puisse l'entreprendre à lui seul, celui-ci joue un rôle fondamental dans ce processus. Un engagement politique de haut niveau (des maires et conseillers) a été l'élément central du projet des Villes-Santé de l'OMS, et au Québec, de l'initiative Villes et Villages en santé.

Il est indispensable d'avoir parallèlement un différent type d'engagement politique de la part des dirigeants politiques des gouvernements fédéral et provinciaux; ceux-ci doivent reconnaître le rôle crucial du gouvernement local dans la création des conditions favorables à la santé et au développement humain, et s'engager à renforcer les pouvoirs et les ressources des gouvernements municipaux, comme nous le verrons plus loin.

#### 4.4 Politique publique saine

« Politique publique saine » désigne l'élaboration d'une politique publique dans des secteurs non liés à la santé visant explicitement à améliorer la santé de la population. Ce concept s'est développé en même temps que le concept de ville ou de communauté saine (les deux ayant émergé dans la foulée de la conférence « Beyond Health Care » tenue à Toronto en 1984). On pourrait donc demander à n'importe quel ordre de gouvernement ce qui constituerait une politique « plus saine », que ce soit dans le transport ou le logement, le développement urbain ou les parcs, la gestion des déchets ou l'approvisionnement énergétique, l'agriculture ou l'éducation, l'économie ou toute autre politique non liée à la santé.

Il a été noté au début du développement du mouvement des villes en santé que c'était au niveau local que :

« [...] la pratique d'une politique publique saine se développe le plus rapidement là où ses effets sont les plus visibles. Il y a deux raisons évidentes à cela : bon nombre des problèmes liés aux facteurs environnementaux ou aux services sont plus visibles au niveau local. Tout comme le sont les changements nécessaires. Les politiciens à ce niveau ont des rapports plus étroits avec leurs électeurs et ils répondent de façon plus claire à leurs préoccupations. Les structures gouvernementales, même dans les grandes villes, interagissent plus facilement les unes avec les autres et trouvent des moyens de coordonner leur planification et leurs actions plus rapidement qu'au niveau national ». (Kickbusch, Draper et O'Neill, 1990)

Certaines caractéristiques peuvent rendre à la fois plus facile et plus difficile d'appliquer une politique publique saine au niveau local. Celles qui peuvent la rendre plus facile à appliquer au niveau local sont les suivantes :

- un certain degré « d'intimité locale » entre les principaux intervenants dans les petits réseaux sociaux et une communauté à une échelle un peu plus humaine;
- les décideurs (politiciens et personnel) vivent à proximité de leur lieu de travail et les décisions qu'ils prennent les touchent, touchent leurs amis, leurs voisins et leur famille;
- une organisation bureaucratique plus petite peut fournir des réponses plus rapidement et faciliter la rétroaction;
- des liens plus étroits entre la communauté et les décideurs;
- la possibilité de relier directement la défense des intérêts communautaires et l'action communautaire au changement d'orientation et aux décideurs.

D'autre part, les caractéristiques qui peuvent rendre plus difficile de suivre une politique publique saine au niveau local sont, entre autres :

- la possibilité qu'un nombre de grands enjeux, notamment économiques, soient déterminés au niveau national ou même international;
- la possibilité que le gouvernement local n'ait pas le pouvoir de modifier la politique ou que cela ne relève pas de sa compétence;
- la possibilité que le gouvernement central s'oppose aux initiatives et à l'autonomie locales;
- la possibilité qu'en décentralisant le gouvernement central se décharge sur les gouvernements locaux du fardeau ou de la responsabilité de la politique, mais ne leur donne pas le pouvoir ni les ressources nécessaires pour la mettre en œuvre;
- la possibilité que les politiciens locaux prétendent ne pas avoir le pouvoir d'agir, rejetant ainsi le blâme sur des instances supérieures;
- la possibilité que les administrations locales (notamment les plus petites) n'aient pas les ressources et l'expertise nécessaires. (Hancock, 1990)

On pourrait ajouter à cette liste le défi que pose la nécessité d'adopter une approche holistique à l'égard des déterminants de la santé et de ne pas cibler des problèmes individuels. Malheureusement, nos gouvernements, de tous les ordres, ne sont pas structurés pour adopter une approche holistique et nous manquons de gens possédant l'expertise nécessaire pour adopter une approche holistique.

Ce dernier point mérite d'être approfondi. Au Canada, nous avons essentiellement un système de gouvernement local qui date du XIX<sup>e</sup> siècle, littéralement et métaphoriquement. L'origine des services de santé publique, de travaux publics, des parcs, de la planification et des autres services municipaux, remonte au XIX<sup>e</sup> siècle. Ces services sont établis sur des modèles de secteurs distincts du XIX<sup>e</sup> siècle, que l'on qualifie aujourd'hui de « cloisonnés ». Malheureusement, la plupart des problèmes, sinon tous, auxquels nous sommes confrontés au XIX<sup>e</sup> siècle, touchent ces structures du XIX<sup>e</sup> siècle. Comme ces anciens mécanismes ne fonctionnent plus pour nous, la première réaction a été de créer de nombreux organismes, comités, commissions d'étude et groupes de travail à vocation spécifique. Cette prolifération témoigne du mauvais fonctionnement du mécanisme et des structures actuelles et indique que nous devons donc créer tous ces organismes à vocation spécifique. Toutefois, il ne peut s'agir que d'une réponse temporaire. Tôt ou tard, étant donné que la structure actuelle ne peut répondre adéquatement aux défis qui se poseront à nous au XXI<sup>e</sup> siècle, nous devons créer de nouveaux processus et structures de gouvernance.

#### 4.5 Développement communautaire reposant sur les actifs

Au milieu des années 1970, John McKnight, chercheur et intervenant en matière de développement communautaire aux États-Unis, a lancé l'idée qu'il fallait s'appuyer sur les dimensions positives d'une communauté pour mettre en œuvre le changement, au lieu de se concentrer exclusivement sur les problèmes de cette communauté, qu'il fallait se focaliser sur le verre à moitié plein plutôt que sur le verre à moitié vide, comme il le disait fréquemment, pour reconnaître les forces et les capacités des membres, des organisations, des institutions et des actifs d'une communauté.

Les importants travaux de McKnight, résumés ultérieurement dans « Building Communities from the Inside Out » (Kretzmann et McKnight, 1995), ont abouti au développement du concept de « développement communautaire reposant sur les actifs ». Kretzmann et McKnight ont fait remarquer que l'approche traditionnelle adoptée pour trouver des solutions au sans-abrisme, à la pauvreté, au chômage, à la criminalité et à la violence, a toujours été exprimée en termes négatifs du genre « quartiers nécessiteux, problématiques et déficitaires peuplés de gens nécessiteux, problématiques et déficitaires ». Il en a résulté un système fondé sur les besoins dans lequel les experts et les fournisseurs de service extérieurs – services gouvernementaux, organismes sans but lucratif, chercheurs universitaires et autres fournisseurs de services sociaux – viennent répondre aux besoins à l'aide de services et de programmes particuliers. Kretzmann et McKnight ont fait remarquer que cette approche finissait par déshabiller les membres de la communauté qui devenaient des clients passifs des services. Cette approche a favorisé la création d'une mentalité de victime, encouragé un sentiment d'impuissance et de désespoir acquis chez les résidents qui ont commencé à se juger incapables de prendre en main leur propre vie ou de changer leur communauté pour l'améliorer.

Selon les auteurs, cette approche fondée sur les besoins ou sur les problèmes a également d'autres conséquences négatives :

- la fragmentation des services, chacun d'eux visant à s'attaquer à un problème particulier, au lieu d'adopter une approche holistique;
- l'orientation du financement vers les fournisseurs de services et non vers les membres de la communauté;
- l'affaiblissement du leadership communautaire et des relations communautaires. Les relations les plus importantes sont celles qui s'établissent entre l'expert de l'extérieur (travailleur social, intervenant en santé, bailleur de fonds) et le client, plutôt qu'entre les résidents de la communauté;
- un renforcement du cycle de la dépendance – pour que le financement soit renouvelé, par exemple, il faut que les problèmes se poursuivent et soient pires que dans les autres quartiers. L'incitation véritable à résoudre les problèmes est inexistante.

Plutôt que de se concentrer sur les besoins et les problèmes, John McKnight a préconisé une autre façon d'élaborer les politiques et les activités; elle consiste à s'appuyer sur les capacités, les compétences et les actifs des personnes à faible revenu et de leurs quartiers. En mettant en valeur les capacités, les communautés peuvent prendre en main leurs propres problèmes. Kretzmann et McKnight ont fait remarquer que l'on ne peut assurer le développement de la communauté que si les résidents locaux se sont mobilisés pour s'investir et investir leurs ressources dans les efforts d'amélioration. On ne bâtit jamais une communauté de l'extérieur ou de façon descendante, mais de l'intérieur et à partir de la base. Une aide extérieure est souvent requise, mais elle ne devrait servir qu'à aider à renforcer les actifs communautaires. Les auteurs font remarquer que même le quartier le plus pauvre est un lieu où les individus et les organisations sont des ressources qu'il faut exploiter.

McKnight et Kretzmann ont depuis créé l'Asset-Based Community Development Institute à la Northwestern University de Chicago. Cet institut mène de nombreuses recherches et publie de nombreux ouvrages sur le développement communautaire, produit des ressources et des outils pratiques à l'intention des bâtisseurs de la communauté, et il offre de très nombreux ateliers sur le développement des quartiers, des actifs et des réseaux communautaires dans toute l'Amérique du Nord. (Voir [www.sesp.northwestern.edu/abcd/](http://www.sesp.northwestern.edu/abcd/) )

Ces dix dernières années, le modèle de développement communautaire reposant sur les actifs a suscité de plus en plus d'engouement. En fait, les initiatives Inclusive Cities Canada et Collectivités dynamiques, décrites dans la prochaine section, utilisent toutes deux ce modèle pour mettre en œuvre le changement et inciter l'engagement. Les conseils de planification sociale, certains d'eux en existence depuis neuf décennies et fonctionnant souvent en fonction des besoins, font équipe avec l'initiative Inclusive Cities, et adoptent cette orientation plus positive.

Jim Diers, autre promoteur du développement communautaire reposant sur les actifs et auteur de *Neighbor Power: Building Community the Seattle Way* (Diers, 2004), œuvre dans le développement communautaire à Seattle depuis plus d'une trentaine d'années. Diers est aujourd'hui la principale autorité en matière de développement communautaire à la faculté de l'Asset-Based Community Development Institute et à l'University of Washington. Son modèle de démocratie participative a connu un tel succès qu'il a été adopté dans d'autres centres. Diers a récemment signé un document de travail pour la Canada West Foundation intitulé *From the Ground Up: Community's Role in Addressing Street*

#### **Encadré 4 : Des fonds de contrepartie donnent un nouveau visage à Seattle**

Il y a vingt ans, Seattle lançait un programme innovateur visant à promouvoir l'innovation dans les quartiers et la mobilisation communautaire.

Établi par Jim Diers en 1988, le Neighborhood Matching Fund a depuis financé plus de 3 000 projets communautaires et accordé 42 millions de dollars en subventions communautaires. Les quartiers ont complété cette contribution en fournissant 65 millions de dollars en dons en espèces, en services en nature et en heures de bénévoles. En 1991, la Fondation Ford et la Kennedy School of Government de l'Université Harvard ont qualifié ce Fonds de l'une des 10 initiatives locales les plus innovatrices des États-Unis.

Ces vingt dernières années, le programme a fourni des montants allant de 100 \$ à 300 000 \$ pour des projets de quartiers qui incluaient tout, embellissement des rues et des parcs, jardins communautaires, rénovation de bâtiments, et même des projets d'histoire orale. La contribution de la ville s'élève aujourd'hui à 2,5 millions par an. Certains des projets les plus notables sont :

Le Fremont Troll – L'espace au-dessous du pont Aurora de Seattle était le paradis des trafiquants de drogues, des sans-abri et d'autres activités indésirables. En 1991, grâce à l'argent du Fonds, les artistes de la communauté avoisinante de Fremont ont construit un énorme troll qui serre dans sa main une vraie coccinelle Volkswagen. Cette sculpture est devenue une attraction touristique et elle est même utilisée dans des événements comme « Shakespeare on the Troll ».

- Une piste populaire pour vélos de montagne a été construite au-dessous d'une autoroute.
- Une murale qui s'étend sur plus de 2 km a été peinte le long de la cinquième avenue, route très achalandée fréquentée par les navetteurs.
- Une aire de jeux pour enfants a été construite sur le thème du saumon dans un parc où trône un énorme toboggan en forme de saumon.

Les projets financés grâce aux fonds de contrepartie permettent habituellement de réunir des centaines de gens dans la communauté, des travailleurs de la construction, des équipes de scouts, des citoyens âgés, des artistes et militants. Ce programme a depuis été adopté par des centaines de communautés du monde entier.

*Level Social Issues (2008)*<sup>18</sup>. Dans ce résumé de son ouvrage plus vaste, il indique que la prévention, grâce à la création de communautés fortes et inclusives, est la seule solution à long terme aux problèmes liés à la toxicomanie, la prostitution, au sans-abrisme et à la pauvreté. Toutefois, pour cela, il faut que les citoyens se mobilisent. Diers fait remarquer que les gens ne se mobiliseront que s'ils ont du plaisir à fournir cet effort, si celui-ci donne des résultats, s'il utilise ce qu'ils ont à offrir et s'il se déploie là où ils vivent, dans leur réseau, leur îlot urbain, et qu'il touche un sujet qui les passionne.

Le rôle du gouvernement et d'autres organismes est d'aider à renforcer la capacité communautaire de manière à financer et encourager les initiatives communautaires qui sont dirigées par la communauté et qui s'appuient sur ses propres forces. Voici deux exemples d'initiatives menées durant la période pendant laquelle Diers était directeur du *Department of Neighborhoods* à Seattle :

- un Fonds de financement de contrepartie qui a permis de doubler l'investissement de 45 millions de dollars de la municipalité et d'engager des dizaines de milliers de bénévoles pour exécuter plus de 3 000 projets communautaires depuis 1989 (voir l'encadré 4);
- un Programme de planification à l'échelle de quartiers a permis aux quartiers d'engager leurs propres consultants; 30 000 personnes ont participé à l'élaboration de 37 plans de quartier entre 1996 et 1999. Par la suite, les citoyens ont obtenu par vote 470 millions de dollars en nouvelles taxes pour aider à mettre en œuvre ces plans.

Dans son document de travail de 2008, Dier documentait de nombreux moyens novateurs ayant permis à des quartiers d'Amérique du Nord de réduire, d'éliminer ou de prévenir certains grands problèmes sociaux qui nuisaient à la santé des individus et au bien-être de la communauté : l'établissement de réseaux et de relations, la promotion de l'inclusivité des quartiers, la participation des personnes « étiquetées » (toxicomanes, prostitués, sans-abri) à la solution – essentiellement en amenant les gens à travailler ensemble pour le bien commun.

Toutefois, le fait que divers ordres de gouvernement et organismes communautaires continuent de financer le modèle fondé sur les besoins ou sur des problèmes spécifiques constitue un important obstacle au développement communautaire reposant sur les actifs. En fait, ce problème concernant le financement de modèles pour le développement communautaire a été constamment soulevé au cours des entrevues avec les intervenants clés.

#### **Commentaires d'intervenants clés**

« La façon dont les choses sont actuellement financées empêche d'adopter une approche reposant sur les actifs. Elle empêche de prendre du temps pour réfléchir et établir des relations et comprendre le dialogue nécessaire pour avancer. Les bailleurs de fonds souhaitent financer des services directement offerts dans la communauté [...] Le renforcement des capacités communautaires n'est pas un service direct et ils ne veulent donc pas le financer. Nous avons des corporations de développement économique, pourquoi n'avons-nous pas de corporation de développement social ».

<sup>18</sup> [www.cwf.ca/V2/files/CCI%20Diers.pdf](http://www.cwf.ca/V2/files/CCI%20Diers.pdf)

Le développement fondé sur les actifs est peut-être le principal mécanisme qui permette aux communautés de créer les cinq formes de capital, de renforcer la résilience personnelle et communautaire et d'améliorer le niveau de la santé de la population et du développement humain. Dès le début il était un aspect important de l'approche fondée sur la communauté en bonne santé au Canada, et il est au cœur de plusieurs autres initiatives créatives menées au Canada pour maximiser le développement humain et le bien-être de la communauté et de ses citoyens. À ce titre, il doit devenir un élément central du travail des gouvernements fédéral et provinciaux avec les communautés et dans les communautés.

Toutefois, comme nous l'indiquerons à la prochaine section, tout processus de développement communautaire complet à long terme qui repose sur les actifs n'apparaît pas de manière fortuite. Il exige un engagement financier à long terme et d'autres moyens qui permettent d'appuyer tant le processus communautaire que l'infrastructure de soutien communautaire nécessaires au niveau communautaire.

## **5. Nouveaux modèles de gouvernance communautaire pour la santé et le développement communautaire**

Au Canada, en plus des trois initiatives provinciales de communautés saines, diverses organisations cherchent à aborder certains déterminants de la santé et du développement humain par le renforcement des capacités communautaires et la mobilisation de la communauté, pour s'attaquer essentiellement à la question de la pauvreté, de l'inclusion et des communautés actives. Nous décrivons dans cette section plusieurs grandes initiatives nationales qui ont été menées dans de grandes villes du pays ou dans une petite communauté autochtone. Nous analyserons ensuite le nouveau concept de « gouvernance urbaine saine » et l'infrastructure nécessaire pour la gouvernance communautaire.

### **5.1 Le Tamarack Institute et les Collectivités dynamiques**

Le Tamarack Institute se décrit lui-même comme étant un institut qui prône la mobilisation communautaire. Fondé en 2002 par Alan Broadbent de la Maytree Foundation et Paul Born, l'Institut a pour mission d'aider les citoyens de différents secteurs de la communauté à travailler ensemble pour apprendre à se charger des questions qui touchent toute leur communauté. En assimilant cet effort à une corvée pour la construction d'une grange amish traditionnelle, Tamarack fait valoir qu'en travaillant ensemble, les communautés peuvent aborder leurs problèmes locaux et leur trouver des solutions. Un sentiment de bien-être découle du degré de familiarité et de confiance atteint grâce au contact, à la responsabilité partagée et au soutien.

Selon l'Institut, lorsque le niveau de participation citoyenne est élevé, la qualité de la vie communautaire s'améliore en général. Dans les communautés où les citoyens collaborent étroitement les uns avec les autres, on constate de plus hauts niveaux de scolarité, un meilleur développement des enfants, des quartiers plus sûrs, une plus grande prospérité économique, et des citoyens en meilleure santé physique et mentale. Toutefois, il doit y avoir au préalable une volonté communautaire – un sentiment clair que la communauté souhaite s'occuper de problèmes tels que celui de la pauvreté ou de la santé.

Tamarack fait remarquer que les citoyens peuvent exercer une grande influence et avoir des effets importants sur la vie de leurs communautés. À ce titre, il s'est positionné de façon à faciliter la mobilisation communautaire en offrant un ensemble de programmes et de services. Créée en 2002, l'initiative des Collectivités dynamiques est l'un des principaux programmes du Tamarack. Il s'agit d'un programme dirigé par la communauté qui vise à réduire la pauvreté au Canada en créant des partenariats entre des particuliers, des organisations, des entreprises et les gouvernements. Ce programme, appuyé par le Caledon Institute of Social Policy et la J.W. McConnell Family Foundation, comprend aujourd'hui 15 communautés canadiennes<sup>19</sup>. L'initiative Collectivités dynamiques met sciemment à l'essai des idées sur le renforcement communautaire, la réduction de la pauvreté, la collaboration et l'engagement, et génère un savoir fondé sur ce qui fonctionne le mieux dans la pratique.

Son travail est fondé sur cinq approches fondamentales :

- orienter l'objectif vers les efforts qui réduisent les causes de la pauvreté plutôt que vers les symptômes de la pauvreté;
- intégrer les initiatives locales visant la réduction de la pauvreté;
- inciter tous les secteurs de la communauté à collaborer à ces initiatives au niveau local;

#### **Encadré 5 : Calgary poursuit l'objectif du salaire-subsistance dans le cadre des Collectivités dynamiques**

Aux États-Unis, ces dix dernières années plus de 130 collectivités ont adopté des politiques sur le salaire-subsistance. Un salaire-subsistance est le montant de revenu dont un particulier ou une famille a besoin pour répondre à ses besoins de base, maintenir des conditions de vie convenables et sûres dans sa communauté, et épargner en vue de ses besoins et objectifs futurs. Dans le cadre de son initiative Collectivités dynamiques, une équipe d'action comptant plus de 20 partenaires met en œuvre une campagne de salaire-subsistance à Calgary.

Le salaire minimum en Alberta est 8,40 \$ de l'heure. En travaillant un nombre d'heures standard de 35 heures par semaine, 52 semaines par an, un individu sans personne à charge employé au salaire minimum gagnerait un salaire annuel net de seulement 14 287 \$ (en comprenant la paye de vacances). Ce revenu serait inférieur de 7 379 \$ au SFR fixé par Statistique Canada pour un individu résidant dans une grande ville (21 666 \$). L'équipe d'action pour le salaire-subsistance dans le cadre des Collectivités dynamiques a déterminé qu'une personne qui travaille à temps plein (35 heures par semaine, 52 semaines par an) doit gagner au moins 12 \$ de l'heure plus les avantages sociaux (ou 13,25 \$ de l'heure en remplacement des avantages sociaux) pour gagner un salaire-subsistance. La recherche montre que 65 000 (10,8 %) Calgariens employés de plus de 15 ans gagnent moins de 12 \$ de l'heure et que les femmes sont représentées de façon disproportionnée au sein de ces employés à bas salaire, 45 000 d'entre elles gagnant moins de 12 \$ de l'heure.

Le *Living Wage Leader Program* à Calgary (programme du salaire-subsistance) honore et récompense les employeurs qui paient à leurs employés un salaire-subsistance. En février 2009, la première entreprise à recevoir le prix était la Chambre de commerce de Calgary. De plus, le Conseil municipal de Calgary a demandé à l'administration municipale d'élaborer des propositions de politique relatives au salaire-subsistance à appliquer au personnel municipal et aux fournisseurs de services urbains et de présenter un plan de mise en œuvre pour 2009.

#### **Sources**

Fiche de renseignements sur le salaire-subsistance dans les Collectivités dynamiques à Calgary  
<http://www.vibrantcalgary.com/media/VCC%20Living%20Wage%20Fact%20Sheet%20May%202008.pdf>

Vibrant Calgary Living Wage Program

Site Web [www.vibrantcalgary.com/livingwage/](http://www.vibrantcalgary.com/livingwage/)

<sup>19</sup> Abbotsford, Calgary, Cap Breton, Edmonton, Hamilton, Montréal, Niagara, Saint John, St. John's, Saskatoon, Surrey, Trois-Rivières, Victoria, région de Waterloo, Winnipeg

- définir les actifs communautaires et les utiliser dans les initiatives de lutte contre-la pauvreté;
- une détermination à apprendre, changer et mettre en commun ce qui a été appris – tant des succès que des échecs.

Bien que les résultats des Collectivités dynamiques demeurent préliminaires, au cours d'une entrevue, Paul Born, leur fondateur, a fait remarquer que certaines communautés qui ont un gouvernement local et des citoyens mobilisés et qui ont pris leurs problèmes en main ont une énorme capacité de faire d'importantes transformations sociales. À titre d'exemple, dans le cadre des Collectivités dynamiques, les citoyens et le gouvernement de Calgary ont pu mettre en place un laissez-passer pour les transports en commun destiné aux citoyens à faible revenu qui coûte la moitié moins cher que le prix régulier. « Cela peut sembler peu de choses, mais en fait c'est beaucoup, parce qu'il s'agit d'un principe que nous n'avons pas réussi à exporter dans d'autres villes de ce pays, à savoir l'importance du transport comme bien public, élément fondamental pour l'économie et l'infrastructure de l'emploi. Autrement dit, si les gens ne peuvent pas se payer le transport en commun, ils ne pourront pas aller travailler chez McDonald's ».

D'autres actions menées dans le cadre des Communautés dynamiques ciblaient les enfants pauvres d'Hamilton, les familles monoparentales de Saint John au Nouveau-Brunswick et le logement abordable à Victoria.

## 5.2 Conseils de planification sociale et Inclusive Cities Canada

Dans de nombreuses villes du pays, il existe des conseils de planification sociale municipaux, de nombreux en existence depuis 80 ou 90 ans sous forme d'organisations communautaires, qui s'emploient à trouver des solutions aux problèmes urgents du sans-abrisme, de la pauvreté des enfants, de la sécurité alimentaire, du logement abordable et du soutien des immigrants. Nombre de ces organisations reçoivent des fonds de groupes tels que Centraide. Comme le Conseil de planification sociale d'Ottawa le note sur son site Web, il a pour mission de traiter les questions sociales, d'améliorer la qualité de vie à Ottawa et de servir de « ressource à guichet unique pour la recherche sociale indépendante, la planification communautaire et le soutien au développement communautaire pour les individus, les organismes et les réseaux qui opèrent un changement positif ».

Le Conseil canadien de développement social est un institut de recherche indépendant, à but non lucratif, en existence depuis 90 ans, axé sur la pauvreté, l'inclusion sociale, les personnes handicapées, la diversité culturelle, le bien-être des enfants, l'emploi et le logement; il relie tous les conseils de planification sociale au Canada. ([www.ccsd.ca](http://www.ccsd.ca))

En 2003, une initiative axée sur la collaboration entre cinq conseils de planification sociale<sup>20</sup> et la Fédération canadienne des municipalités a abouti à Inclusive Cities Canada (ICC). Ils ont pris acte que l'inclusion sociale était considérée comme un déterminant fondamental de la santé. Le faible revenu, de mauvaises conditions de logement, l'insécurité alimentaire, sont des facteurs qui créent des sentiments d'exclusion sociale et, combinés au manque de participation aux décisions touchant les citoyens, créent un

<sup>20</sup> Burlington (comté d'Halton,) Edmonton, Saint John, Toronto, Vancouver/North Vancouver

mauvais état de santé, des taux plus élevés de maladies chroniques et de morbidité prématurée. Chaque ville a créé un comité de citoyens pour documenter le degré d'inclusivité de sa ville en se fondant sur cinq dimensions de l'inclusion sociale :

- la reconnaissance institutionnelle de la diversité,
- les possibilités de développement humain,
- la qualité de l'engagement des citoyens,
- la cohésion des conditions de vie,
- le caractère adéquat des conditions de vie.

Inclusive Cities mène des recherches et incite le leadership local et la communauté à contribuer à façonner la politique publique et les pratiques institutionnelles. Son but est de créer une « alliance citoyenne horizontale » en matière d'inclusion sociale dans toutes les communautés urbaines du Canada. L'inclusion sociale consiste également à traiter des problèmes qui favorisent l'isolement comme la pauvreté, le sans-abrisme, le manque de soutien social, les questions touchant l'immigration et autres.

### 5.3 L'Accord de Vancouver

Ces dix dernières années, de nouveaux modèles de coopération entre les divers ordres de gouvernement sont apparus sous forme d'accords sur le développement urbain, le plus connu étant l'Accord de Vancouver. La nature de certaines questions communautaires est si complexe qu'elles exigent de nouvelles structures de gouvernance et de nouveaux partenariats multiréseaux.

Cela a été le cas du quartier Downtown Eastside (DTES) de Vancouver à la fin des années 1990. Une crise de santé publique sous la forme d'une épidémie de décès causés par des surdoses et d'une brusque augmentation de maladies sexuellement transmissibles, en particulier du VIH/sida, de la syphilis et de l'hépatite C, a frappé ce quartier historique qui abrite une communauté de personnes à faibles revenus. Les taux élevés de toxicomanie, de troubles mentaux, de criminalité, de chômage, de pauvreté et de sans-abrisme sévissent également dans la région. Le DTED, qui compte environ 16 000 résidents, a un taux de maladie qui correspond à celui des pays du tiers-monde.

En mars 2000, pour s'attaquer aux problèmes de sécurité, de santé publique, sociaux et économiques, les représentants des trois ordres de gouvernement, fédéral, provincial et municipal, ont signé un accord historique, la première phase du projet s'étendant jusqu'en 2005. À cette date, l'accord a été renouvelé pour une seconde phase allant jusqu'en 2010. Chaque ordre de gouvernement devait contribuer en ressources financières, en personnel et en services en nature. Pour la première phase, les gouvernements fédéral et provincial ont fourni 10 millions de dollars chacun ainsi que des ressources en personnel; la coordination a été assurée par les ministères et services existants. La municipalité de Vancouver a contribué aux coûts en matière de personnel, d'espace dans les bâtiments municipaux, et sous forme d'indemnisation des coûts de zonage et d'utilisation des locaux, d'incitatifs à la préservation du patrimoine et de financement pour les projets d'immobilisation comme la rénovation d'anciens bâtiments.

Avant l'Accord, les trois ordres de gouvernement étaient chargés de régler différents problèmes qu'ils abordaient séparément, de façon disparate, et les personnes tombaient entre les mailles du filet. Ils ne collaboraient pas entre eux et ne coordonnaient pas non plus les services. Grâce à cet accord, on a reconnu que la seule façon d'aborder les problèmes complexes entrecroisés du DTES et trouver des solutions passait par la coordination des services et de l'expertise, et par la collaboration avec les résidents, les groupes communautaires et le monde des affaires.

Cet accord a réuni un vaste éventail d'autres partenaires communautaires tels que la Vancouver Coastal Health Authority, des entreprises locales et des organismes communautaires, ainsi que des groupes sans but lucratif œuvrant dans le DTES. Des réunions sont maintenant tenues à différents niveaux avec divers représentants, allant des fonctionnaires élus aux groupes de travail formés de fonctionnaires de niveau intermédiaire ou supérieur, aux représentants communautaires. Le travail collectif de tous ces partenaires a les buts importants suivants, comme on peut le lire sur le site Web de l'Accord.

- **Coordination** - Accroître les efforts coordonnés des trois ordres de gouvernement et des organismes publics connexes afin d'obtenir les résultats prévus en matière de changement et d'intervention dans les communautés.
- **Innovation** - Inciter les organismes publics à faire preuve d'innovation et de créativité dans leur façon de travailler ensemble et en partenariat avec le secteur privé et celui des organismes sans but lucratif.
- **Changement de politique** - Déterminer les obstacles découlant des politiques des gouvernements et des organismes publics qui empêchent d'apporter des changements et d'intervenir efficacement, et supprimer ou atténuer ces obstacles.
- **Investissement** - Accroître les investissements publics et privés (ressources financières et humaines) afin d'obtenir les résultats prévus en matière de changement et d'intervention.
- **Surveillance et évaluation** – Déterminer les principaux indicateurs de référence permettant de suivre les progrès et d'évaluer les réalisations concrètes.

En vue d'atteindre ces objectifs, l'Accord de Vancouver axe ses efforts sur cinq stratégies :

- Faciliter la tenue de forums et la mise sur pied de groupes de travail;
- Mettre en œuvre les processus mixtes de planification des organismes publics;
- Soutenir l'apprentissage par des activités d'échange de renseignements, de recherche, d'évaluation et de suivi des progrès.
- Trouver des méthodes et des moyens efficaces d'évaluation des projets mixtes des organismes publics et formuler des recommandations visant à améliorer l'efficacité.

- Investir des fonds dans des projets d'organismes publics et mobiliser d'autres ressources financières et humaines en établissant des partenariats avec le secteur privé.

L'Accord de Vancouver visait les quatre principaux résultats suivants de ces activités coordonnées et mobilisations accrues en matière de temps, de ressources financières et d'expertises :

- De meilleurs résultats sur le plan de la santé, qui comprennent un plus grand choix de solutions et une plus grande capacité de répondre aux besoins des résidents;
- Renforcement de la sécurité et prévision des conséquences néfastes du crime;
- Amélioration du nombre, de la taille et de la diversité des entreprises locales et augmentation des possibilités d'emploi à l'intention des résidents;
- Amélioration et augmentation des options en matière de logement, dont la location abordable, les logements avec services de soutien et les logements de transition.

Au cours des cinq premières années, un nombre d'importants changements ont été effectués :

- **Amélioration de la santé des résidents :**
  - Baisse importante des taux de décès dus à la consommation de drogues, d'alcool, aux suicides et aux infections à VIH/sida.
  - Meilleur accès aux services de soins primaires grâce à l'ouverture de nouvelles cliniques de santé.
  - Ouverture en 2003 du premier site d'injection supervisé en Amérique du Nord – projet fortement controversé qui a permis, d'après les études menées, de réduire les dommages créés par l'utilisation de drogues injectables et d'améliorer la participation au traitement.
  - Création d'un plus grand nombre de lits de désintoxication, de ressources pour le traitement des toxicomanies et la désintoxication des jeunes, notamment la mise en œuvre d'un programme de traitement sur place au site d'injection supervisé et l'expansion des services de traitement à la méthadone.
  - Service central d'aiguillage par téléphone pour l'accès aux services de désintoxication des jeunes et des adultes.
- **Réduction de la criminalité :** Le nombre d'infractions contre les biens a diminué de 14 % entre 2000 et 2005
- **Croissance du nombre d'entreprises et de possibilités d'emploi :**

- Le nombre de programmes de formation à l'emploi et de soutien à l'emploi à l'intention des chômeurs de la région a augmenté, y compris pour les personnes toxicomanes ou aux prises avec des maladies mentales.
- **Augmentation des options de logement :**
  - Réalisation de 53 projets de développement entre 2000 et 2005, y compris neuf immeubles de logements subventionnés, 12 ensembles résidentiels du marché, trois ensembles à vocation mixte avec des garderies, un espace commercial et de logement, et un nombre d'installations sanitaires. Une rénovation majeure est celle du bâtiment Woodward. (Voir l'encadré 6)
  - Rénovation et remise en état des hôtels à chambres individuelles, à commencer par le Silver and Avalon Hotel en 2005.
  - Création de 911 logements subventionnés supplémentaires en cinq ans et 259 lits ou unités d'habitation de plus pour les personnes âgées ou les personnes qui sont handicapées ou ont des problèmes de santé mentale.

En mars 2005, les trois ordres de gouvernement ont prolongé l'Accord de cinq ans. En juin 2005, l'Accord

**Encadré 6 : Le bâtiment Woodward réaménagé agrmente le DTES d'un espace innovateur à usages multiples**

Depuis 1903, le fameux bâtiment Woodward de Vancouver, avec son énorme W au néon, est une structure dominante du centre-ville est. Ce grand magasin a fermé ses portes en 1993, ce qui a largement contribué à l'exode des entreprises du DTES. Les dix années suivantes, de nombreux plans de redéveloppement n'ont pas abouti et la structure laissée vacante, qui se délabrait, occupée par les squatters, était devenue le symbole des problèmes complexes du DTES.

En 2001, le gouvernement provincial a acheté le bâtiment pour la somme de 22 millions de dollars et l'a revendu en 2003 à la municipalité pour la somme de 5 millions de dollars. Un processus de consultation de la communauté unique en son genre a alors eu lieu. Il en a résulté la première structure à usage mixte hautement diversifié de cette envergure sur un site du Canada (et peut-être du monde entier), qui constitue un élément essentiel pour la revitalisation du DTES.

Des 546 logements, 125 sont des logements sociaux d'une seule personne dotés d'équipements tels des montants muraux pour suspendre les bicyclettes. Les autres logements sont des logements commerciaux, qui rivalisent avec n'importe quelle copropriété du centre-ville de Vancouver et qui se sont vendus en l'espace de huit heures. On trouve également sur le site des détaillants populaires (London Drugs, Nesters Food Store), les bureaux de l'Ouest de l'Office national du film, et le nouveau centre d'arts contemporains de l'Université Simon Fraser, y compris cinq salles de spectacle. L'immeuble, qui inclut la restauration de la plus ancienne structure patrimoniale, abritera également un espace de bureau pour les organismes sans but lucratif de la communauté.

« Sa diversité est sans parallèle » a dit l'architecte Gregory Henriques, qui a qualifié cette entreprise « d'expérience sociale monumentale et passionnante ».

Les premiers locataires sont attendus en juin 2009. Lorsque le projet sera complètement terminé, le couronnement de l'aventure sera la remise en place de l'énorme néon en forme de W – remis à neuf et soigneusement entreposé ces années passées – pour qu'il puisse de nouveau dominer l'horizon et rendre honneur à cette structure historique.

Pour avoir plus d'information.

<http://vancouver.ca/bps/realestate/woodwards/>

de Vancouver a reçu l'un des huit prix décernés par les Nations Unies en matière de service public pour l'amélioration, la transparence, la reddition de comptes et la réponse aux besoins des citoyens dans les services publics.

S'appuyant sur la réussite de l'Accord de Vancouver, d'autres municipalités confrontées à d'importants problèmes de toxicomanie, de sans-abrisme et de pauvreté, notamment Victoria (C.-B.), ont amorcé des discussions, auxquelles ont participé les trois ordres de gouvernement, pour mettre en place un accord de développement urbain de ce type pour leur région.

Toutefois, à la suite de l'élection de janvier 2006, l'administration conservatrice minoritaire a succédé à l'administration libérale et, selon certaines sources, l'Accord de Vancouver a perdu son efficacité à tous égards. L'accord existe toujours sur le papier et il est toujours vanté comme un modèle de collaboration remarquable à plusieurs niveaux. Toutefois, depuis 2006, il n'y a pas eu de mises à jour sur ce qui était un site Web très dynamique. Il n'y a pas eu de communiqués de presse depuis le printemps 2006, ni de mises à jour sur les engagements financiers. Bien qu'il n'y ait pas d'indications officielles de nouveaux investissements, il semble que bien que le gouvernement provincial ait fourni un montant supplémentaire de 8,5 millions de dollars, il n'y ait pas eu d'autres fonds du gouvernement fédéral. De plus, en 2006, un nombre d'employés essentiels ont quitté le poste qu'ils occupaient dans le cadre de l'Accord de Vancouver pour aller ailleurs, notamment le premier directeur exécutif et le chef des relations avec les médias. Un important travail de revitalisation se poursuit dans le DTES avec le gouvernement provincial et l'administration municipale, les organismes locaux et les organismes sans but lucratif, mais il semble que la participation du gouvernement fédéral dans le cadre de l'Accord se soit affaiblie.

En même temps à Victoria, à la fin de 2006, les négociations visant à établir l'Accord de Victoria ont graduellement abouti à une impasse et l'initiative en est au point mort. Bien qu'il ait été déclaré officiellement que l'Accord était remis, de nombreux responsables clés, comme le gestionnaire de projet, sont partis occuper d'autres emplois.

Le succès initial et l'abandon subséquent apparent (mais pas officiel) de l'Accord de Vancouver illustre un obstacle clé de ces accords complexes à plusieurs niveaux : ils sont extrêmement vulnérables aux sautes de vent de la politique. Avec trois ordres de gouvernement, il y a trois fois plus de programmes politiques, trois fois plus de changements possibles de gouvernement, et trois fois plus de travail pouvant être retardé ou interrompu.

Les questions relatives aux déterminants de la santé sont des questions sociétales à long terme qui doivent transcender la partisanerie politique et durer au-delà des mandats politiques de quatre ans. Les résultats ne sont souvent pas visibles avant des années, et il doit donc y avoir un moyen stable et cohérent de rester focalisé sur les initiatives prometteuses et de poursuivre les efforts. Comme nous le montrons dans la section suivante, les obstacles auxquels se heurte ce type de travail abondent.

#### 5.4 Oujé-Bougoumou – Une communauté autochtone inspirante

Oujé-Bougoumou est une communauté crie d'environ 650 personnes située au nord du Québec. L'histoire étonnante de sa transformation de communauté marginalisée et exclue

dans les années 1970 en une communauté qui s'est prise en main et qui est aujourd'hui un modèle de développement humain durable est tout à fait inspirante. La communauté personnifie la fameuse remarque de Margaret Mead – « Ne doutez jamais qu'un petit groupe de citoyens sérieux et résolu ne peut changer le monde; c'est en effet la seule chose qui l'ait jamais fait changer ». La population d'Oujé-Bougoumou a non seulement immensément changé le monde dans lequel elle vit, elle en a inspiré d'autres qui ont pu voir ce qu'il était possible de faire dans leurs propres communautés, et de changer ainsi le monde plus vaste.

On trouvera à l'encadré 7 un résumé de ses réalisations; une description plus détaillée est fournie sur l'excellent site Web de la communauté - [www.ouje.ca/](http://www.ouje.ca/)

### **Encadré : L'histoire d'Oujé-Bougoumou**

Voici quelques extraits tirés du site Web de la communauté d'Oujé-Bougoumou à l'adresse [www.ouje.ca/](http://www.ouje.ca/)

*« [...] Notre communauté a entrepris un périple spectaculaire pour la faire sortir des conditions sordides et marginales habituellement associées au tiers-monde, afin de pouvoir vivre dans un village autochtone modèle empreint d'optimisme et tourné vers l'avenir » – Le chef, Sam Bosum*

#### **Notre population**

La population d'Oujé-Bougoumou est la meilleure ressource dont dispose la communauté. Chaque personne ici possède une vaste expérience de vie et a d'étonnantes histoires à raconter.

*Nos aînés avaient une vision : une communauté pour leurs enfants et leurs petits-enfants. Cette vision les a soutenus dans leur lutte pour réaliser leur rêve.*

Les aînés de la nation crie d'Oujé-Bougoumou nous ont beaucoup donné : ils nous ont fait profiter de leurs sages conseils; ils ont préservé notre sens de la communauté contre toute probabilité; ils nous ont donné le courage de continuer à lutter et ils nous ont donné un sens de la perspective et une orientation chaque fois que nous en avons eu besoin. C'est sans doute la génération plus jeune qui construira le village, mais c'est la génération des aînés qui a été celle qui a protégé et défendu notre communauté.

#### **Notre jeunesse**

Lorsque nous parlons de développer nos compétences et d'acquérir l'instruction nécessaire pour construire notre communauté, la rendre viable et atteindre notre objectif d'autosuffisance, c'est de notre jeunesse que nous parlons.

Ce sont nos jeunes qui profiteront des véritables occasions de bénéficier de l'enseignement postsecondaire et d'obtenir une formation très spécialisée dans les domaines qui contribueront au bien-être de nos communautés.

En réalité, l'avenir de notre communauté appartient à nos jeunes.

#### **Notre vision**

Lorsque nous avons commencé à sérieusement planifier notre nouveau village, nous avions une vision. C'était essentiellement de retrouver autant que possible le bien-être de notre vie traditionnelle dans le contexte d'installations modernes et d'établissements contemporains.

#### **Grands objectifs**

Au moment de planifier le nouveau village, nous avons défini trois grands objectifs :

- Notre village devait être construit en harmonie avec notre environnement et refléter la philosophie traditionnelle de conservation des Cris.
- Notre village devait pourvoir aux exigences financières à long terme de notre peuple.
- Notre village devait être le reflet de la culture crie dans son apparence et dans ses fonctions.

**Encadré 7 – suite**

Nous nous sommes rendu compte assez rapidement que, si nous réussissions à concrétiser notre vision, notre village au complet deviendrait une espèce de centre de guérison de beaucoup plus que des simples maux physiques. Si nous pouvions structurer notre nouveau village et notre nouvel environnement d'une manière qui réponde aux différents besoins de notre peuple, nous obtiendrions une population en santé, en sécurité, confiante et optimiste, fière d'être en mesure de relever n'importe quel défi.

**Conception innovatrice d'une nouvelle communauté**

Voici certains éléments clés de la conception physique et sociale élaborée par la population d'Oujé-Bougoumou.

**Conception et architecture**

Si les gens d'Oujé-Bougoumou sentent que leur nouveau lieu d'habitation leur donne du pouvoir, c'est parce qu'ils sont intimement liés à sa conception, à sa création et à sa construction, et parce que le village est le reflet véritable de leur culture et de leur style de vie. *Canadian Geographic* (juillet/août 1994) a qualifié la nouvelle communauté de « réalisation sans précédent au Canada – un établissement autochtone caractérisé par la cohérence et l'intégrité ». [Traduction]

- Programme de logement
- Programme d'énergie de remplacement
  - Système de chauffage centralisé – Chauffage

**Sur la voie de l'autosuffisance**

- Développement économique
- Harmonie avec l'environnement
- Ressources forestières
- Tourisme culturel
- Développement de l'artisanat communautaire et autres petites industries

**Services communautaires pour le développement social**

- Le Centre de guérison
- Justice alternative

**Préservation de notre identité culturelle**

Les communautés de la nation crient d'Eeyou Astchee, guidées par leurs aînés, ont décidé qu'il y aurait à Oujé-Bougoumou un édifice renfermant toutes les agences existantes actuellement chargées d'établir des programmes de préservation de la culture et de la langue. On construira également des installations supplémentaires pour présenter des artefacts historiques et des oeuvres d'art reflétant la culture crie. En cri, le nouvel institut s'appellera Anischaaugamikw, ce qui signifie « transmission d'une génération à l'autre ».

## 5.5 Gouvernance urbaine saine

La Commission des déterminants sociaux de la santé de l’OMS a établi un nombre de « réseaux de savoirs » – groupes d’experts du monde entier, dont l’un porte sur les établissements urbains. Bien qu’elle ait largement porté sur la situation déplorable d’un milliard de personnes qui vivent dans des taudis et des établissements de fortune, l’analyse du réseau du savoir portant sur la manière dont il faudrait organiser la gouvernance urbaine afin d’améliorer la santé de la population s’applique aussi aux villes de pays industrialisés comme le Canada.

Voici dans l’encadré 8 quelques extraits essentiels du rapport du réseau des savoirs sur les établissements urbains.

**Encadré 8 : Our cities, our health, our future: Acting on social determinants for health equity in urban settings**

Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Knowledge Network on Urban settings – préparé par le Centre de l’OMS pour le développement sanitaire, Kobe, Japon - *Président et rédacteur principal* : Tord Kjellstrom

[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/knus\\_report\\_16jul07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_report_16jul07.pdf)

***Gouvernance urbaine saine***

Le réseau des savoirs sur les établissements urbains de l’OMS, établi par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l’OMS désigne la « saine gouvernance urbaine » comme les systèmes, les institutions et les processus qui favorisent un niveau de santé plus élevé et une répartition plus équitable des ressources sanitaires dans les milieux urbains, et comme un chemin critique pour améliorer la santé de la population urbaine. Les principaux éléments d’une saine gouvernance urbaine sont les suivants :

- Placer l’équité en santé et le développement humain au centre des actions et des politiques gouvernementales d’urbanisation.
- Reconnaître le rôle critique et charnière que jouent les gouvernements locaux pour assurer la prestation de services de base adéquats, l’accès au logement et aux services de santé ainsi que des milieux urbains où les gens vivent, travaillent, apprennent et se divertissent plus sûrs et plus sains.
- S’appuyer sur les efforts que font les pauvres des régions urbaines au niveau de la communauté pour prendre en main leur situation et contrôler les ressources dont ils ont besoin pour se créer de meilleurs cadres de vie et avoir accès aux services de soins de santé primaires, et soutenir leurs efforts.
- Mettre au point des mécanismes qui réunissent les secteurs public, privé et la société civile pour définir les rôles et les mécanismes permettant aux intervenants nationaux et internationaux d’appuyer la capacité de gouvernance locale.
- Obtenir et utiliser des ressources – aide, investissement, prêts – des intervenants en amont pour assurer l’équilibre entre le développement économique, social, politique et culturel et établir des mécanismes de soutien de la gouvernance qui permettent aux communautés et aux gouvernements locaux de créer, dans le cadre de partenariats, des établissements humains plus sécuritaires et plus sains dans les villes.
- Établir des mécanismes de rétroaction appropriés permettant aux communautés de faire rapport de leur satisfaction ou de leur insatisfaction quant aux interventions en vue de favoriser leur habilitation et leur permettre de se prendre en main, et d’assurer que les objectifs prioritaires et les besoins particuliers de chaque communauté sont pris en compte. (p. 18)

**Encadré 8 – suite**

Deux autres éléments clés ont été définis ultérieurement :

- Les ordres supérieurs de gouvernement ont donné aux gouvernements locaux le mandat et les moyens d'améliorer la santé;
- L'adoption d'un processus de budgétisation participative et d'autres processus de mobilisation civique comme moyens importants de mobiliser la communauté locale. (p. 50)

Selon le réseau des savoirs sur les établissements urbains de l'OMS, les éléments suivants permettent d'assurer une bonne gouvernance :

1. *Évaluation du contexte urbain* – évaluer les problèmes d'équité actuels en matière de santé urbaine et leur incidence sur la santé, l'importance de la place qu'occupe l'équité en santé urbaine dans le programme politique du gouvernement, le calendrier et le caractère urgent de la mise en œuvre des stratégies et politiques de santé sous-jacentes.
2. *Identification des intervenants* – indiquer clairement les personnes, les groupes et les organisations qui jouent un rôle dans la santé urbaine et qui ont un contrôle sur les répercussions sur la santé urbaine.
3. *Renforcement de la capacité d'action et de création de capital social et de cohésion sociale des intervenants*, étant donné que le changement de politique exige de posséder les connaissances, les compétences et les ressources en place nécessaires.
4. *Évaluation des institutions et création de possibilités d'établir des alliances et d'assurer une collaboration intersectorielle*, étant donné que ce sont les institutions qui déterminent les cadres dans lesquels les changements de politique auront lieu.
5. *Mobilisation des ressources* nécessaires au changement social. Cela peut exiger une meilleure répartition des ressources.
6. *Mise en œuvre, y compris le renforcement de la gouvernance du côté de la demande* : obtenir la participation de la population et l'évaluer dans une perspective organisationnelle et juridique, en tenant compte de la question de l'accès à l'information et aux données pouvant permettre d'assurer la responsabilisation sociale.
7. *Recommandation d'améliorer et de modifier la politique*, et intervention auprès des intervenants responsables de différents niveaux.
8. *Surveillance et évaluation du processus et des impacts* notamment des possibilités d'établir des mécanismes de surveillance dès le début. (p. 39 – 40)

## 5.6 Création d'une infrastructure pour la gouvernance urbaine

Sherri Torjman (2007) fait valoir dans « Communities Agenda » que la principale tâche des communautés est d'améliorer les liens entre les principaux intervenants, les principaux secteurs, et entre les communautés et les gouvernements. Dans le chapitre « Organizing for complexity », elle soutient que la principale tâche consiste à établir un processus décisionnaire local multisectoriel qui permet d'élaborer un plan exhaustif à long terme pour aborder les problèmes communautaires en s'appuyant sur les forces et les capacités existantes (p. 33).

Toutefois, elle relève (tout comme d'autres, voir les commentaires des intervenants clés) que

« il existe un sérieux « écart en matière de gouvernance » – un décalage entre la complexité des problèmes locaux et la capacité correspondante de les régler ». (p. 40)

Elle fait remarquer, en outre, que la gouvernance communautaire repose sur des fondements plus larges, plus divers, et qu'elle a tendance à voir à plus loin que le gouvernement municipal, ce qui est une force mais pose également des défis.

En adoptant une approche exhaustive et à long terme, ces processus et structures de gouvernance communautaire semblent contrer l'approche à court terme fragmentaire trop souvent utilisée dans les programmes et le financement des gouvernements de tous les ordres et de nombreux bailleurs de fonds philanthropes. Torjman fait valoir que ces solutions fragmentaires ne peuvent pas bien fonctionner dans un monde où tous les éléments sont intrinsèquement liés parce qu'elles sont trop rarement holistiques ou préventives et qu'elles supposent trop souvent que les gouvernements peuvent résoudre à eux seuls tous les problèmes, (p. 43-44).

Selon Torjman, un aspect important de cette nouvelle structure de gouvernance communautaire est qu'elle exige un nouveau style de leadership ainsi que des dirigeants capables de cerner avec efficacité les enjeux et d'élaborer une vision perspicace, qui axent leurs efforts sur l'établissement de liens, de réseaux et de confiance, et partagent le mérite avec les autres. Il s'agit de compétences en leadership qui peuvent s'enseigner et qui doivent l'être.

Torjman relève également que ces structures de gouvernance communautaire exigent beaucoup de temps, d'énergie et de ressources, ce qui signifie qu'elles doivent bénéficier d'un bon soutien à long terme. Pourtant, elles doivent simultanément démontrer leur rapidité d'action et leur efficacité dans le contexte de leurs plans plus vastes pour être crédibles et conserver leur crédibilité auprès de la communauté et des bailleurs de fonds.

Il s'agit de toutes les leçons apprises il y a longtemps par les conseils de planification sociale, les projets de communautés saines et bien d'autres projets qui abordent ce que Neil Bradford appelle les « problèmes pernicieux » (*wicked-problems*) des défis complexes, à long terme, posés à la résilience communautaire et au bien-être des êtres humains. La création de nouveaux processus et de nouvelles structures de gouvernance communautaire exige une approche très différente de la part du gouvernement et des bailleurs de fonds philanthropes.

## **6. Obstacles à la gouvernance communautaire et à l'action communautaire pour la santé et le développement humain**

Si donc pendant de nombreuses années la nécessité de nouveaux processus, de nouvelles structures et d'un nouveau financement était claire pour de nombreux intervenants participant au « programme communautaire », pourquoi ces changements ne sont-ils pas produits à grande échelle au Canada? L'affaiblissement de l'engagement politique, comme ce fut apparemment le cas pour l'Accord de Vancouver, n'est que l'un des obstacles potentiels de l'action communautaire pour la santé et le développement humain.

La recherche et les entrevues menées avec plusieurs intervenants clés<sup>21</sup> bien au fait de ces efforts et d'autres efforts déployés au niveau national pour mettre en place un programme communautaire reposant sur une large base au Canada ont permis de définir un nombre d'obstacles à l'adoption d'une approche axée sur la communauté plus ferme pour améliorer le niveau de santé et de développement humain.

### 6.1 Approche fragmentaire aux problèmes communautaires – nécessité d'une approche plus exhaustive

L'un des thèmes qui sont ressortis le plus fréquemment des ouvrages sur le sujet (voir, par exemple, la section 5.6) et des entrevues avec les intervenants clés est que l'approche actuelle fragmentaire et cloisonnée adoptée pour résoudre les problèmes communautaires ne fonctionne pas. Comme l'a indiqué un intervenant clé :

« Nous disons que tout est dans tout ». Tout est interdépendant. On ne peut créer une collectivité dynamique en ne se concentrant que sur une chose. Tout se fait dans le cadre de projets, mais en fait nous devrions penser dans le contexte du système global ».

Un autre intervenant a fait remarquer :

« C'est vraiment tout un travail en soi, prendre des décisions, planifier, veiller à ne pas s'écarter de la voie tracée. Tenter d'établir une initiative complexe morceau par morceau, et de plus une initiative intégrée dont il faut s'assurer que tous les morceaux fonctionnent ensemble. Cette intégration de la prise de décision manque en soi de soutien ».

### 6.2 Absence de vision nationale d'ensemble

Comme nous l'avons noté à la section 5, un nombre de nouvelles initiatives ont recours à des approches reposant sur les actifs ou sont axées sur la collaboration pour aborder les déterminants de la santé. Bien qu'individuellement, toutes ces organisations fassent du bon travail dans leurs communautés respectives, il existe le risque de chevauchement des efforts. Toutefois, l'absence apparente d'une seule vision d'ensemble du rôle et de la fonction de la communauté, de la part du gouvernement fédéral ou des gouvernements provinciaux est plus préoccupante. Cela témoigne du trop fréquent manque de soutien au niveau national ou provincial pour une approche exhaustive et habilitante qui aiderait la communauté à définir ses propres

#### **Commentaires d'intervenants clés à propos d'une vision (nationale) commune**

[Traduction] « Notre gouvernement fédéral n'a pas vraiment adopté de politiques et de principes directeurs à l'égard du secteur social ou de la société civile ».

« Nous en concluons que nous devons nous-mêmes nous organiser différemment [...] Nous devons continuer de faire ce que nous faisons, mais nous devons avoir une vision commune de ce que nous souhaitons être et nous devons ensuite trouver une meilleure façon de réaliser cette vision et nous voir en train de mettre en œuvre cette vision au lieu de 100 visions différentes ».

<sup>21</sup> On trouvera la liste des intervenants clés que nous avons interrogés à l'Annexe 3

problèmes et à trouver ses propres solutions. La nature des règlements qui limitent les activités des organismes caritatifs, comme nous le décrivons dans la prochaine section, est un exemple de manque de soutien des infrastructures au niveau national.

L'un des thèmes connexes qui se sont dégagés a trait au fait que la grande importance qu'accorde le Canada au système de soins de santé de courte durée nuit aux initiatives communautaires qui visent à améliorer la santé des populations, non seulement aux priorités gouvernementales, mais aussi au secteur qui travaille dans le secteur de la santé. Comme l'a fait remarquer un intervenant clé :

- « Les intervenants du secteur de la santé n'ont pas accordé un soutien suffisant aux intervenants du secteur social. [...] Il se peut qu'ils réparent les dégâts causés par la société aux individus, mais ils ne semblent pas emprunter la voie de la prévention avec nous, ni soutenir fermement l'accès à un logement convenable, les stratégies de réduction de la pauvreté; etc. Ce que je vois se produire actuellement dans nos communautés – le vrai travail sur la santé est souvent fait en dehors du secteur de la santé, dans la société civile, dans les organismes sociaux, par exemple. Les deux ne communiquent pas entre eux. Je pense que c'est une vraie tragédie. Ceux d'entre nous qui travaillent dans le domaine de la santé et le secteur social doivent considérer les problèmes de façon exhaustive, dynamique. Nous devons prendre en compte l'interdépendance des dimensions sociales, économiques et de la santé. Faire moins n'est plus suffisant ».

### 6.3 Ententes municipales dépassées

Ces dernières années, un nombre d'écrivains, d'universitaires et d'organisations a noté qu'il fallait modifier les accords fiscaux et constitutionnels avec les municipalités pour aborder les problèmes de plus en plus complexes de la société urbaine.

Judith Maxwell, présidente des Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques a écrit en 2006 :

« Les gouvernements locaux font face à tous les problèmes complexes et à toutes les possibilités du XXI<sup>e</sup> siècle, mais ils sont forcés d'agir conformément aux pouvoirs financiers et législatifs d'une constitution du XIX<sup>e</sup> siècle. Dans ces conditions, leur seul espoir réside dans un leadership visionnaire, des citoyens pleinement engagés et des hauts fonctionnaires réceptifs. Il faut que les dirigeants puissent faire changer les choses – non seulement au niveau du gouvernement local, mais dans toute la communauté – dans les entreprises, le monde de l'éducation, les organismes sans but lucratif et dans les groupes communautaires et de citoyens »<sup>22</sup>.

Neil Bradford, professeur en sciences politiques à l'University of Western Ontario et associé en recherche aux Réseaux canadiens de recherche en politique publique a fréquemment écrit sur le nouveau pacte nécessaire pour les municipalités (Bradford 2002,

<sup>22</sup> Extrait de *Toward the Tipping Point : Aligning the Canadian Communities Agenda*, p. 11, que l'on peut consulter à l'adresse <http://www.ccl-cca.ca/NR/rdonlyres/301F7CD2-2EF6-4914-9CB0-40E3AD42C100/0/2007091920TippingPoint.pdf>

2004, 2007). Il observe que les gouvernements canadiens doivent surmonter des blocages constitutionnels, des rivalités politiques et des accords financiers d'un autre âge pour collaborer à un nouveau programme urbain. Bradford déclare qu'il s'agit du seul moyen pour que l'économie canadienne puisse rivaliser avec les autres villes du monde entier qui offrent une grande qualité de vie à leurs citoyens (Bradford, 2002).

Bradford affirme que ce ne sont pas un ou deux intervenants qui pourront à eux seuls régler les problèmes de plus en plus complexes qui influent sur la qualité de vie dans nos villes. Il faut abandonner les approches cloisonnées, segmentées, traditionnelles pour adopter une politique publique dirigée par la collectivité enracinée dans une « gouvernance multipaliers axée sur la collaboration ». Pour cela, il faut un nouveau cadre de politique urbaine qui reconnaisse la complexité des problèmes stratégiques, qui mette à profit les *connaissances et les ressources locales*, qui se caractérise par une *collaboration horizontale* au sein des villes et des collectivités et par une *collaboration verticale* dans tous les ordres de gouvernement – comme l'Accord de Vancouver, mais qui puisse exister à long terme. (Bradford 2007)

La Fédération canadienne des municipalités (FCM) a également émis un nombre d'énoncés de politique demandant avec instance un nouvel accord avec le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. Dans son énoncé de politique sur les engagements intergouvernementaux sur les finances municipales (FCM 2008), la FCM observe qu'il existe un écart croissant entre les services que les municipalités du Canada doivent offrir et ce qu'elles peuvent se permettre d'offrir. Par comparaison avec d'autres ordres de gouvernement, les administrations municipales canadiennes ont bien moins de possibilités de percevoir des revenus. Les municipalités des États-Unis et des autres pays de l'OCDE ont des moyens plus divers, généreux et souples de percevoir des fonds que les municipalités canadiennes.

L'énoncé de politique de la FCM relève qu'un rapport fait en 2002 sur le Canada par l'OCDE conclut que « la forte dépendance » des administrations municipales canadiennes aux impôts fonciers est la source de leurs difficultés financières croissantes. Ce rapport indique également que les villes canadiennes ont « des pouvoirs et des ressources relativement faibles » et qu'on devrait leur donner un certain accès limité à d'autres types d'impôts pour leur permettre de s'acquitter de leurs responsabilités croissantes. Sur chaque dollar perçu au Canada en impôt, seulement huit cents (principalement en impôts fonciers), vont aux municipalités alors que le 92 p. 100 restant va aux gouvernements fédéral et provinciaux.

On y relève également que ces dix dernières années, les gouvernements provinciaux et territoriaux se sont déchargés de leurs responsabilités sur les administrations municipales sans leur transférer les ressources financières correspondantes. Les municipalités fournissent aujourd'hui des services de soutien à l'immigration, à l'environnement, aux Autochtones, au logement abordable, à la santé publique, à la préparation aux situations d'urgence et à la sécurité publique sans avoir reçu de fonds supplémentaires. De plus, ces dix dernières années, les transferts de fonds n'ont pas été proportionnels à la hausse du coût de la vie ou à ces responsabilités accrues. La FCM fait observer que de 1999 à 2003, les recettes du gouvernement fédéral ont augmenté de 12 pour cent, les recettes des provinces et des territoires, de 13 pour cent, et celles des municipalités de seulement huit pour cent. En 1993, les transferts représentaient 25 cents pour chaque dollar de

recettes municipales, en 2004, ils n'en représentaient que 16, soit une baisse de 37 pour 100.

La solution, observe l'énoncé de politique, réside en un accord constitutionnel différent et plus de latitude pour percevoir des fonds, au moyen notamment de la perception d'une partie de la taxe sur les ventes, d'une partie de l'impôt sur le revenu, de la taxe sur l'essence et des frais imposés aux usagers.

#### 6.4 Absence de structure communautaire pour la gouvernance

Il s'agit de l'inverse de la nécessité d'établir un processus et une structure pour la gouvernance communautaire dont nous avons parlé à la section 5.6. Comme l'a fait observer un intervenant clé :

« Les bailleurs de fonds ne veulent pas financer ce processus [parce qu'ils pensent] qu'il n'y a rien à en retirer. Mais c'est comme de dire que l'on peut mettre en place une politique sans avoir de débats à la Chambre. Qu'il suffirait de mettre en place cette politique sans qu'il y ait de comité, de délibérations, il suffirait de la mettre en place. C'est pareil dans les communautés. Cela revient à dire, allez-y! faites vos programmes, mais le temps manque pour que vous vous rencontriez pour planifier ou mener une évaluation ».

#### 6.5 Limites du financement

Du fait qu'une grande partie de l'activité de promotion de la santé et du développement communautaires est menée actuellement par les organismes caritatifs enregistrés, un problème constant est l'accès à un financement stable. Le récent ralentissement de l'activité économique a rendu la nécessité d'obtenir les fonds limités encore plus pressante. La plupart des fondations familiales et communautaires du Canada qui accordent des subventions ont perdu jusqu'à 30 % de la valeur de leurs dotations, ce qui limite grandement leur capacité de fournir des subventions. Les donateurs privés connaissent eux aussi une réduction de la valeur des actifs dont ils peuvent faire don à des causes méritoires. Les subventions gouvernementales sont elles aussi en train de fondre et elles sont souvent axées sur un objectif prioritaire d'un projet et n'appuient pas le modèle de planification reposant sur les actifs pour les processus de réunion et de mobilisation communautaire, car il ne s'agit pas des objectifs prioritaires de leurs programmes ou services. Il y a des fonds pour les projets pilotes, mais si ceux-ci se révèlent efficaces, le financement manque pour les mettre en œuvre à une plus grande échelle. La nécessité de présenter constamment des demandes aux fondations ou aux programmes de subventions peut prendre beaucoup de temps, temps qui est consacré à une activité qui ne sert pas essentiellement à résoudre les problèmes communautaires qui se posent. Les besoins financiers peuvent empêcher de coopérer et de collaborer au développement communautaire en cours du fait que les organisations se livrent concurrence pour obtenir les mêmes fonds.

**Commentaires de certains intervenants clés au sujet du financement [Traduction]**

« Le financement crée des tensions entre les gens. En fait, il détruit certaines relations sociales. Les gens veulent recevoir l'argent ».

« Le fédéral doit prévoir des modes de financement souples pour que les collectivités qui reçoivent des fonds pour la santé puissent les utiliser de façon créative ».

« Il n'y a pas de fonds pour financer un organisme décisionnaire ou une structure de gouvernance, ou une table locale, peu importe son nom, qui se réunit pour prendre des décisions sur l'approche globale à élaborer. Il arrive souvent que ce soit la collectivité elle-même qui doit s'occuper du processus. À moins qu'elle ne trouve des fonds pour le faire, ou que quelqu'un lui offre un de ses employés pour y consacrer un peu de temps; mais en l'absence d'une aide permanente, le processus finit par stagner ».

« Les fonds qui ont tendance à être disponibles vont aux projets individuels à court terme qui sont ancrés dans un seul service, un seul ministère. Si l'on a adopté une approche intégrée qui croise et fait intervenir plusieurs services, il est souvent difficile d'obtenir du financement pour ça. Chaque service finance son propre travail. Je sais, ayant participé à un certain nombre de projets qui cherchaient à transcender cette approche gouvernementale unidimensionnelle, que nous avons toujours été obligés de revenir à ce très traditionnel modèle vertical. »

« Tout n'est pas rose dans le monde des partenariats multiréseaux. Le décideur public souhaite toujours avoir un grand contrôle sur l'argent qu'il transfère. Il s'agit toujours de fonds accordés pour s'acquitter d'un mandat public. Il y a toujours un grand contrôle. L'évaluation de ces programmes fondés sur l'octroi de fonds publics aux organismes communautaires, les questions entourant les évaluations concernant ces programmes sont énormes, et la plupart d'entre elles sont contradictoires [...] si l'on affecte les fonds à des projets spécifiques, régionaux ou locaux, on menotte alors les gens et on va assister à une intéressante bagarre politique ».

« Les représentants de cinq différents ministères fédéraux se sont rencontrés pour travailler sur cette approche de revitalisation des quartiers. [...] Essentiellement, ils ont dit, « nous souhaitons qu'elle soit orientée sur les citoyens et menée par la communauté ». En même temps, chaque partie disait en substance, « mais nous voulons que vous agissiez dans le secteur qui nous intéresse. De combien de toxicomanes vous êtes-vous occupés? Et le service de l'alphabétisation souhaite savoir ce que nous avons fait dans le domaine de l'alphabétisation. » C'est donc paradoxal. D'un côté, on dit : « Oui, laissons la communauté définir ce qu'elle souhaite faire » et de l'autre, le gouvernement dit « toutefois, elle doit travailler sur XYZ, parce que c'est ça qui nous intéresse ».

« Les problèmes au niveau du financement, de la reddition de comptes, du calendrier à long terme qui est requis, sont considérables. Les initiatives en place sont habituellement des initiatives à court terme ».

« Les fonds philanthropiques portent préjudice au développement social. Le financement philanthropique ne tient pas compte d'un cadre comme celui des collectivités en santé, par exemple, ou des déterminants sociaux de la santé, ou de l'inclusion. Il ne s'agit pas d'un service direct. Ils ne sont pas destinés à la prévention, à trouver la raison pour laquelle les gens en sont arrivés là, ou à comprendre. Ils ne cherchent qu'à fournir un service. [...] ils ne souhaitent pas financer des organismes intermédiaires [...] ou des processus [...] ou de la recherche et développement ».

Toutefois, au-delà des problèmes que posent les niveaux de financement, nos intervenants clés se préoccupaient davantage de l'approche concernant le financement

adoptée actuellement, notamment du fait qu'elle est trop souvent fragmentaire, à court terme, réductionniste, et de nombreux commentaires témoignent de ces préoccupations.

#### 6.6 Absence de consensus sur le soutien pour plus de programmes universels

Selon un certain nombre d'intervenants, la promotion de la santé et le développement humain seraient bien plus efficaces s'il y avait des données de référence pour les programmes universels qui permettraient d'aborder les déterminants de la santé dans l'ensemble du pays. On pourrait alors fonder les activités de promotion de la santé sur cette base solide. Dans son rapport de 2008 sur les déterminants sociaux de la santé, l'Organisation mondiale de la santé indique que les pays nordiques offrent un soutien bien plus grand aux programmes universels, ce qui a permis de réduire les inégalités sociales et les problèmes de santé causés par l'inégalité d'accès aux déterminants de la santé.

##### **Commentaires d'intervenants clés sur les programmes universels**

« Avec les programmes communautaires, nous risquons de perdre de vue l'importance des programmes universels ».

« Ils posent un problème de base épineux au Canada. En effet, comment pouvons-nous promouvoir la satisfaction des besoins locaux en encourageant simultanément un panier de services canadiens? Comment traiter équitablement tous les Canadiens tout en répondant aux besoins locaux? Je ne crois pas que nous ayons réussi à trouver une réponse entièrement satisfaisante au Canada ».

Les auteurs d'un nombre d'ouvrages récents sur la santé de la population et ses déterminants s'entendent généralement pour dire que le développement de la petite enfance est un élément constitutif fondamental de la santé et du développement humain et qu'il faut avoir des programmes de garde d'enfants universels de grande qualité qui appuient le développement et l'éducation de la petite enfance pour tous les enfants canadiens, quel que soit le revenu de leurs familles.

Mais Torjman (2007) invite à la prudence

« Le programme communautaire ne réduit aucunement la nécessité d'un ensemble solide de services et de biens publics. Les actions communautaires supplémentent et complémentent à la fois les politiques publiques axées sur le mieux-être socio-économique, elles ne les remplacent pas. » (Torjman, 2007, p. 3)

#### 6.7 Limites imposées par les règlements sur les organismes caritatifs et sur l'investissement social

La plupart des organismes non gouvernementaux, sinon tous, qui œuvrent au niveau communautaire sur les déterminants de la santé sont des organismes canadiens enregistrés. Ils reçoivent une grande partie de leurs fonds, souvent plus de 80 %, de fondations communautaires ou familiales et de donateurs privés. L'Agence canadienne du revenu (ACR) réglemente les organismes caritatifs

##### **Commentaires d'intervenants clés sur les règlements concernant les organismes caritatifs**

Un intervenant clé a fait remarquer que la législation sur les organismes caritatifs agréés limite l'éventail d'activités d'un important programme national qui reçoit 85 % de son financement de fondations philanthropiques. Il (elle) a dit qu'il leur avait fallu travailler avec Revenu Canada pour que leur communauté puisse être soustraite de l'application de certains règlements, en particulier pour que les individus puissent bénéficier des retombées positives de la réduction de la pauvreté.

agréés aux termes de la *Loi de l'impôt sur le revenu* et tous ces organismes doivent gérer leurs activités conformément à cette loi. Pourtant, cette loi est aujourd'hui dépassée et elle retarde le travail innovateur que fait le secteur caritatif au chapitre des problèmes sociaux et du développement communautaire. Les entrevues avec les intervenants clés ont également soulevé la question des règlements dépassés et rigides qui entravent l'innovation et la prestation des services qui sont imposés aux organismes caritatifs.

Dans un discours intitulé « Laisser libre cours au pouvoir de l'entreprise sociale », l'ex-premier ministre et ministre des Finances Paul Martin appelait à une révision de la *Loi de l'impôt sur le revenu*, en particulier pour encourager l'innovation sociale, les entreprises sociales et l'entrepreneuriat, et l'investissement communautaire : « [...] les limites historiques qu'elles fixent [les règles de la *Loi de l'impôt sur le revenu*] pose aujourd'hui problème, car elles n'ont pas suivi l'évolution du domaine social qu'elles cherchent à servir » (Martin, 2007).

Martin s'intéresse particulièrement à la promotion de l'indépendance économique des Autochtones canadiens en soutenant et en encadrant les entrepreneurs autochtones au moyen d'investissement dont ils retirent peut-être un rendement financier inférieur au marché, mais un rendement social élevé. « Le problème fondamental est qu'il existe au Canada, une démarcation très nette entre, d'une part, les organismes de bienfaisance sans but lucratif et, d'autre part, l'investissement du secteur privé ». Martin a relevé que cette ligne de démarcation rigide entre les organismes de bienfaisance et les entreprises sociales nuit à l'atteinte des objectifs sociaux du Canada ».

Une étude récente, *Canadian Registered Charities : Business Activities and Social Enterprise – Thinking Outside the Box* (Carter & Man, 2008) relève que l'ARC, dans le cadre de sa directive RC4143 (F) *Les organismes de bienfaisance enregistrés et les programmes de développement économique communautaire*, ne permet pas certaines entreprises sociales —et ce qui est permis est « extrêmement restrictif et ne répond plus aux besoins des vastes activités d'entreprise sociale qui sont menées dans le monde entier ».

Voici certains exemples d'autres pays :

- Les États-Unis permettent maintenant aux fondations d'investir dans des entreprises sociales à partir de leurs fonds de dotation sans que cela n'affecte leur statut d'organisme de bienfaisance. Ces investissements reliés aux programmes sont autorisés dans la mesure où le rendement social est l'objectif principal. Les États du Vermont et de la Caroline du Nord permettent aux investisseurs habituels, non seulement aux fondations, d'investir dans des entreprises sociales par l'entremise d'organismes de bienfaisance.
- Les États-Unis ont créé le crédit d'impôt pour nouveaux marchés en vertu de la *Community Renewal Tax Relief Act* de 2000. Ce programme de crédit d'impôt pour nouveaux marchés prévoit des investissements d'environ 15 milliards de dollars dans des organismes de placement gérés par des particuliers appelés « entités de développement communautaires (EDC) » qui consentent des prêts et investissent dans des entreprises de régions mal desservies. En investissant dans une EDC, un investisseur particulier ou de société peut avoir droit à un crédit d'impôt équivalant à 39 pour cent (30 pour cent de la valeur actuelle nette) de

l'investissement initial, réparti sur une période de sept ans, ainsi qu'à tout rendement sur son investissement dans l'EDC.

- En 2005, le Royaume-Uni a instauré un nouveau type de société baptisé « entreprise d'intérêt communautaire » (EIC) créée à destination de personnes qui souhaitent diriger une entreprise pour le bien de la communauté et pas seulement pour en tirer des avantages personnels. Des tests d'intérêt communautaire et le verrouillage des actifs permettent de s'assurer que l'EIC est constituée à des fins communautaires et que ses actifs et ses profits sont déployés en conséquence. L'enregistrement d'une EIC doit être approuvé par l'organisme de réglementation qui assume également un rôle de surveillance et de renforcement continus. En mars 2009, on comptait 2 578 EIC enregistrées au Royaume-Uni<sup>23</sup> et ce nombre augmente d'au moins 100 par mois.

Imagine Canada<sup>24</sup>, organisme caritatif porte-parole du secteur caritatif, relève que le Canada compte 161 000 organismes caritatifs enregistrés et organismes sans but lucratif qui regroupent plus de 12 millions de bénévoles fournissant deux milliards d'heures de bénévolat. Ces organismes emploient un effectif de 2 millions de travailleurs équivalents temps plein – 11 % de la population économiquement active – ce qui représente 8,5 % du PIB du Canada. Un grand nombre de ces organismes caritatifs œuvrent au service de l'équité sociale, du renforcement communautaire ou d'autres activités qui accroissent le capital social. Il s'agit d'un terrain fertile que le gouvernement canadien peut explorer pour trouver de nouveaux mécanismes législatifs et des incitatifs fiscaux visant à soutenir cette main-d'œuvre appréciable et mettre à profit son enthousiasme et son engagement pour aborder les déterminants de la santé.

#### 6.8 Épuisement du secteur bénévole

Une grande partie de l'activité communautaire est menée par les organismes caritatifs qui dépendent de l'enthousiasme et de la mobilisation des bénévoles. Toutefois, le travail n'est pas facile. Il consiste souvent à aider les individus et les communautés qui ont de graves problèmes sociaux. Le niveau de stress est élevé et les interactions sociales peuvent être éprouvantes. Le ralentissement économique augmente le stress du secteur bénévole face au nombre accru de Canadiens qui se retrouvent sans travail ou qui font face à une crise financière. L'épuisement et le roulement élevé du personnel sont courants.

#### Commentaire d'un intervenant clé sur l'épuisement

Un intervenant clé a observé que le ralentissement économique actuel augmente la probabilité d'épuisement : « Ceux d'entre nous qui travaillent dans ce secteur savent que nous ne pourrions pas répondre aux besoins qu'auront les gens. Et cela nous désespère. Nous savons que nous n'avons pas les ressources financières et humaines nécessaires. À mesure que les gens quittent le secteur, nous allons nous retrouver sans les personnes qui peuvent le mieux faire le travail. Nous vivons vraiment un moment de désespoir [...] Nous sommes, pour ainsi dire, écrasés par ce qui arrive ».

<sup>23</sup> Pour avoir plus d'information sur les EIC consulter le site [www.cicregulator.gov.uk](http://www.cicregulator.gov.uk)

<sup>24</sup> Voir le communiqué à l'adresse

[http://www.imaginecanada.ca/files/en/publicaffairs/budget\\_2009\\_response\\_release\\_20090127.pdf](http://www.imaginecanada.ca/files/en/publicaffairs/budget_2009_response_release_20090127.pdf)

## 6.9 Difficultés à mettre en commun les cas de réussite au Canada

### **Commentaire d'un intervenant clé sur les échanges d'information**

« En tant que Canadiens, nous n'avons pas encouragé, largement à notre détriment, un mouvement pancanadien. Les échanges d'un continent à l'autre sont coûteux. Et nous ne les avons pas encouragés. Mais surtout, dans le Canada anglais, nous n'avons pas pu connaître certaines réalisations intéressantes qui ont été faites au Québec ».

Un autre obstacle au développement communautaire et à l'engagement à l'égard des déterminants sociaux tient à la nature même du Canada. La dimension géographique, la question linguistique, et les divers cloisonnements provinciaux signifient souvent que des initiatives et des innovations prometteuses dans une province ne sont pas connues dans les autres régions. Il a été observé en particulier, tant dans les études consultées pour les besoins de notre rapport que dans les entrevues menées avec les intervenants clés,

qu'il était très difficile de savoir ce qui se passait au Québec si l'on n'est pas bilingue. De même, une organisation francophone aurait beaucoup de mal à trouver l'information sur des programmes communautaires réussis menés au Canada anglais.

## **7. Services sociaux communautaires**

### **intégrés**

Les approches communautaires aux services sociaux intégrés sont un important sous-ensemble du développement humain communautaire. Le développement humain communautaire est un groupement général d'actions menées au niveau communautaire visant à améliorer la vie des gens et les déterminants de la santé. Les services sociaux intégrés sont un moyen d'aborder le développement humain et d'influer sur les déterminants de la santé en coordonnant les actions des particuliers et des services. Ils ont pour mission de rationaliser et de simplifier leur accès aux clients, d'être plus efficaces, d'offrir des soins de meilleure qualité et d'éliminer les barrières organisationnelles traditionnelles ou les limites des programmes.

### **Commentaires d'intervenants clés sur les services intégrés**

Un intervenant clé a observé que cette approche uniforme est particulièrement utile pour le groupe complexe de clients qui représente la population la plus négativement touchée par les déterminants de la santé :

« De nombreuses personnes qui ont besoin de services sont celles qui ont toutes sortes de problèmes et elles ne peuvent pas courir partout pour obtenir différents services. Certaines d'entre elles ont un faible niveau d'instruction, et peut-être des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie, ou bien elles sont seules pour élever leurs jeunes enfants. Par conséquent, il peut leur être difficile d'avoir accès aux services pour tout un tas de raisons ».

Les services sociaux intégrés sont souvent décrits comme un service uniforme « à guichet unique » créé pour que les gens n'aient à fournir leurs renseignements qu'une seule fois. Ce processus vise à éliminer les cloisonnements traditionnels, à favoriser le travail avec d'autres secteurs et à coordonner les activités de services aux clients. Bien qu'il s'agisse d'un modèle axé sur le problème, qui ne repose pas sur les actifs, comme décrit plus haut, son objectif est toujours le travail en partenariat avec le client pour l'habiliter en éliminant les obstacles et en créant des voies hors de la pauvreté, de la mauvaise santé et autres dysfonctionnements.

Bien entendu, les services sociaux, même bien intégrés, ne suffisent pas à faire une communauté saine. Cependant, de nombreuses personnes qui ont des problèmes de santé et des problèmes sociaux et besoin de services sociaux trouvent le système actuel complexe, disparate, non coordonné et décevant, situation empirée par le fait que les personnes ayant les plus grands besoins, et besoin de plusieurs services, appartiennent en grand nombre aux groupes défavorisés.

Ainsi, une approche communautaire de la santé et du développement humain globale devrait porter en partie, autant que possible, sur l'intégration des services sociaux, et là où les utilisateurs en ont le plus besoin.

Parmi les exemples de services sociaux intégrés, on peut citer les CLSC du Québec (centres locaux de services communautaires) et les centres de santé communautaires du Canada anglais, que nous décrivons ci-dessous. Nous verrons également l'initiative d'intégration des services à grande échelle de la Saskatchewan.

Comme le fait remarquer Thompson dans une étude exhaustive de l'expérience en matière de services sociaux intégrés au Canada, aux États-Unis et en Grande-Bretagne (Thompson, 2007), l'intégration est un processus et non un simple modèle. Il ne s'agit pas d'une approche pouvant s'appliquer à toutes les situations. Il s'agit plutôt d'un objectif que l'on doit adapter à chaque situation.

Cela étant dit, il y a cependant certains éléments communs qui contribuent au succès de l'intégration des services ainsi que certains obstacles prévisibles qui peuvent saper leur efficacité.

#### 7.1 Services sociaux intégrés - facteurs de succès déterminants et obstacles

Thompson relève que les obstacles à l'intégration sont mentionnés plus souvent que les facteurs de succès et que l'intégration des services n'est pas chose facile. Il a défini les facteurs de succès et les obstacles suivants (Thompson, 2007) :

1. Facteurs qui contribuent à l'environnement dans lequel le développement de services intégrés efficaces est le plus susceptible de se produire :

- **Leadership fort** – Les leaders qui se font les champions de l'intégration et qui sont fortement engagés dans cette approche peuvent vraiment changer les choses. Nous avons besoin de leaders dans toutes les disciplines, au niveau communautaire et au niveau de la haute direction.
- **Structures de gouvernance** – Des mécanismes de reddition de comptes et de gouvernance clairement formulés et bien compris sont des facteurs essentiels au succès de tout partenariat, et ils doivent être approuvés au niveau de la haute direction dès le début de la relation.
- **Mesures de reddition de comptes** – Des mécanismes de reddition de comptes clairement formulés aident à mesurer les progrès et à déterminer si les objectifs sont atteints.
- **Compétences en gestion/gestionnaires chevronnés** – Pour assurer le succès, il est important que les gestionnaires de programme et les membres de la

communauté des services sociaux locale aient de nombreuses années d'expérience et connaissent bien leurs communautés.

- **Mission commune, clairement définie** – Un énoncé de mission claire qui est élaboré par les représentants des organismes partenaires et les membres de la communauté aide à créer des liens solides entre divers particuliers et organismes.
- **Volonté de prendre des risques, d'expérimenter et de changer** – L'intégration des services comporte l'adoption de nouvelles approches et de nouvelles façons de procéder. Il doit y avoir une volonté de prendre des risques et suffisamment de souplesse pour mettre en œuvre des stratégies innovatrices et changer d'orientation lorsqu'une approche ne donne pas les résultats escomptés. Thompson relève que cette attitude est tout à fait à l'opposé de la culture réfractaire au risque qui est caractéristique de nombreux organismes gouvernementaux.
- **Accent mis sur la communauté** – Les communautés doivent participer activement à la prestation des ressources nécessaires pour l'intégration, ce qui veut dire qu'elles doivent également participer à la planification et à mise en œuvre de projets intégrés (Ragan, 2003). Une coalition locale forte peut être une force puissante de changement.
- **Services axés sur les clients/citoyens** – Une approche d'intégration axée sur les clients/citoyens a deux dimensions :
  - **Consultation de la clientèle** – Les consommateurs et autres intervenants doivent être consultés de façon régulière pour connaître leurs besoins et leurs attentes. Les membres de la communauté et les intervenants doivent se sentir suffisamment en confiance et à l'aise pour participer aux consultations, de sorte à pouvoir prendre part, dans la foulée, à des événements et des projets communautaires qui ne posent pas de risques. Au niveau de la gestion des cas, en mettant le client au premier plan, celui-ci sera motivé à participer une fois qu'on lui aura fixé des objectifs et lorsque les équipes de plusieurs programmes analyseront son cas.
  - **Approche fondée sur les forces ou les actifs** – Les processus de gestion des cas et d'évaluation sont fondés sur les forces des familles ou des individus plutôt que sur leurs faiblesses, et les familles sont encouragées à reconnaître leurs forces et à prendre appui sur elles.

2. Facteurs qui font obstacle à l'environnement dans lequel le développement de services intégrés efficaces est le plus susceptible de se produire :

- **Confidentialité de l'information** – Les difficultés réelles et perçues entourant l'échange d'information sur les clients sont l'un des obstacles les plus fréquemment cités. Toutefois, les gestionnaires qui ont abordé cette question disent qu'il peut s'agir d'une tactique de diversion. Il se peut que les employés qui déclarent que les règlements de leurs programmes les empêchent d'échanger des informations invoquent la confidentialité comme prétexte pour résister à l'intégration des services. Selon Ragan (2003), l'échange d'information est particulièrement problématique lorsque différents ordres de gouvernement sont

chargés d'administrer les programmes. Dans cette situation, il peut être nécessaire de consacrer beaucoup de temps et d'efforts pour permettre aux divers ordres de gouvernement de s'entendre et d'établir les mécanismes de sécurité nécessaires pour garantir que seuls les employés qui ont les autorisations nécessaires aient accès à cette information.

- **Résistance au changement et fatigue à l'égard du changement** – Il arrive que les individus, les professionnels et les organismes soient réfractaires au risque. Tout changement exige un certain montant de risque; la prestation de services intégrés exige une transformation de la manière dont les ministères, les organismes, les professionnels et les particuliers mènent traditionnellement leurs activités. L'intégration signifie que chaque participant n'a plus le contrôle d'un processus, mode de prestation, etc., et que ce sont les partenaires qui se partagent maintenant ce contrôle. Il peut y avoir le désir de protéger son territoire et le manque de désir de partager le contrôle. Même lorsque les individus et les organisations appuient initialement le changement, un changement continu important peut susciter de la lassitude par rapport au changement. C'est surtout le cas en périodes de compressions budgétaires ou de personnel. Parfois, les gens n'ont tout simplement pas les ressources, le temps et l'énergie émotionnelle nécessaires pour investir dans un changement subséquent lorsque le résultat est incertain. (New Zealand State Services Commission, 2003; Rutman et coll., 1998)
- **Différences entre cultures organisationnelles** – Différentes organisations, et en particulier différents ministères gouvernementaux, ont des cultures différentes et des façons différentes de mener leurs activités. Ces cultures se sont peut-être développées au cours de nombreuses décennies, peuvent être solidement enracinées et toucher pratiquement tous les aspects des opérations. La culture organisationnelle influe sur les objectifs organisationnels, le degré d'importance accordée aux clients, la terminologie utilisée pour décrire les fonctions et les services, les approches de la gestion des cas, les procédures de communication au sein de l'organisation et avec les groupes externes, et les processus et procédures utilisés dans la planification. Il peut être difficile de surmonter ces différences entre les cultures organisationnelles. Les intervenants doivent d'abord comprendre leurs points de vue mutuels et ensuite trouver un terrain d'entente à partir duquel travailler. Certains experts disent que le moyen le plus facile de le faire consiste à passer outre les objectifs et mandats des organismes existants, de s'entendre sur une orientation commune et un but commun au début de l'initiative d'intégration, d'établir des hypothèses et des objectifs communs qui orienteront le travail futur.
- **Problèmes concernant les ressources** – Plusieurs problèmes concernant les ressources peuvent faire obstacle à l'intégration des services.
  - **Différences entre les capacités et les ressources des partenaires** – Les partenaires plus grands qui ont plus de fonds peuvent avoir l'impression qu'ils sont en droit de contrôler les choses. Toute collaboration véritable exige que les partenaires plus grands fassent passer leurs propres objectifs après ceux du partenariat (Ragan, 2003).

- **S’entendre sur la contribution de chaque partenaire** – Il peut y avoir des divergences d’opinions quant au montant de la contribution que devrait faire chaque partenaire.
- **Difficulté à obtenir du financement** – Il peut être difficile d’obtenir du financement horizontalement dans un système cloisonné. Les ministères peuvent hésiter à fournir des fonds à des projets dont ils ne voient pas d’avantages concrets liés directement à leur ministère.
- **Pas de nouveau financement** – Il arrive parfois que les gouvernements exigent qu’une initiative d’intégration soit mise en œuvre grâce au réaligement de fonds existants. Un nouveau financement n’est pas fourni. Cela peut forcer à trouver des solutions créatives comme la ventilation d’une stratégie de développement en segments plus petits et plus réalisables, dont on peut rendre compte des résultats chaque année.

Toutefois, malgré ces difficultés, il existe au Canada de bons modèles fonctionnels de services sociaux et/ou de santé intégrés. Les modèles les mieux développés et qui sont en existence depuis le plus de temps sont peut-être les CLSC du Québec.

## 7.2 Les CLSC du Québec

Ces trente dernières années, en particulier au Québec, certains efforts majeurs faits pour améliorer la santé des populations locales ont abouti grâce à l’utilisation des centres de santé communautaires qui intègrent les services de soins préventifs et primaires avec les services sociaux. Au Québec, on les appelle des CLSC (centres locaux de services communautaires). Il s’agit de cliniques communautaires qui sont gérées et financées par le gouvernement provincial. Ce réseau offre une grande variété de services, notamment des soins de santé primaires, des services préventifs de santé, du counseling psychologique, des services de soutien comme des ressources et des subventions pour le logement, et de développement communautaire. Le CLSC a pour mission d’utiliser une approche communautaire, multidisciplinaire et globale pour améliorer l’état de santé et le bien-être des membres de la communauté. De plus, l’un de ses objectifs est d’inciter les individus et ceux qui leur sont proches à prendre en charge leurs propres santé et bien-être. On compte 147 CLSC répartis à grandeur de la province.

Ces dernières années, les CLSC ne sont plus des organismes indépendants; ils ont fusionné avec les CSSS (Centres de santé et de services sociaux ) qui sont les organisations locales de services sociaux et de santé prédominantes qui supervisent également tous les services sociaux et services liés à la santé dans une communauté, y compris les maisons de soins infirmiers et les hôpitaux. À Montréal et dans l’Outaouais, les services de santé sont fournis par les (CSSS), organismes similaires aux CLSC, mais qui intègrent en plus, dans le modèle, des services hospitaliers de soins actifs, des services de soins de longue durée et de réadaptation. On peut avoir accès à tous les services dans la région de Montréal en plaçant un seul appel au to 8-1-1, et on sera orienté vers la bonne ressource.

Le site Web du CSSS de Montréal ([www.santemontreal.qc.ca](http://www.santemontreal.qc.ca)) indique que les CSSS ont été créés pour répondre aux défis de l’approche populationnelle qui aborde la gestion de la santé en suivant une approche plus proactive et qui contribue à maintenir et à améliorer la santé des

citoyens. C'est à eux qu'a été confiée la responsabilité de définir le projet clinique et organisationnel.

D'après le CSSS de Montréal, pour créer un véritable réseau local axé sur la responsabilité populationnelle, le CSSS doit mobiliser les acteurs du réseau et de la communauté pour franchir une série d'étapes que nous pourrions définir de la façon suivante :

- Établir le portrait de santé de la population du territoire en tenant compte du profil sociodémographique des clientèles et de la population, du profil sanitaire, c'est-à-dire des facteurs déterminants de la santé et des tendances sociodémographiques et environnementales du profil d'utilisation des services.
- Définir les priorités qui reflètent la vision locale des besoins. Afin d'identifier clairement les résultats attendus, il faudra s'assurer de la participation des acteurs du réseau sociosanitaire et des autres ressources du territoire. Il importe au premier chef que la population soit partie prenante du projet.
- Identifier les interventions efficaces tant sur le plan clinique qu'organisationnel. Leur efficacité quant à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population doit avoir été démontrée.

### 7.3 Centres de santé communautaires du Canada anglais

Les centres de santé communautaires dans le Canada anglais sont des organismes sans but lucratif gérés par la communauté qui intègrent les services de soins de santé primaires, de promotion de la santé et de développement communautaire, en faisant appel à des équipes multidisciplinaires de fournisseurs de services de santé. Ces équipes incluent souvent, entre autres, des médecins, des infirmiers praticiens, des diététiciens, des promoteurs de la santé, des conseillers qui reçoivent un salaire, au lieu d'un paiement à l'acte. Les centres de santé communautaires sont parrainés et gérés par des conseils communautaires sans but lucratif auxquels siègent des membres de la communauté et autres personnes qui fournissent des services sociaux et de santé.

Les services sont conçus pour répondre aux besoins particuliers d'une communauté définie. De plus, les CSC fournissent divers services de prévention de la maladie et de promotion de la santé qui visent à sensibiliser aux déterminants de la santé plus généraux tels que l'emploi, l'éducation, l'environnement, l'isolement et la pauvreté. Les CSC sont en existence au Canada depuis les années 1920; on en compte aujourd'hui plus de 300 dans tout le Canada, 55 se trouvant en Ontario.

Cette approche de la santé communautaire englobe les facteurs généraux qui déterminent la santé comme l'éducation, l'emploi, le revenu, le soutien social, l'environnement et le logement. Voici certains services qu'offrent habituellement les CSC :

- **Soins primaires** - Évaluation de santé, prévention de la maladie, interventions en cas de maladie aiguë et épisodique ou de blessures; soins génésiques primaires, détection précoce et traitement initial et continu des maladies chroniques; éducation et soutien pour l'autogestion de la santé; soutien pour les soins hospitaliers, les soins à domicile et les soins en établissements de longue durée; dispositions pour un service 24 heures par jour sept jours par semaine; coordination des services et aiguillage; rappel actif et tenue d'un dossier médical

complet (souvent électronique) pour chaque client dans le centre; soins de santé mentale primaires, y compris des services de counseling psychosocial; coordination et accès à la réadaptation; soutien des malades en phase terminale.

- **Promotion de la santé et renforcement des capacités communautaires** – Cessation de fumer; promotion de la santé dans le cas de l’asthme; ateliers sur la nutrition; éducation sur le diabète; sécurité du logement et sans-abrisme; sécurité alimentaire; accès à l’emploi; soutien aux immigrants et aux réfugiés notamment préparation à l’ALS; groupe de soutien parental; sécurité des fermes; soutien de l’allaitement; préparation à l’accouchement; halte-accueil et centre de loisirs pour personnes âgées; gestion de la colère et du stress; counseling en matière d’estime de soi; prévention de la violence; règlement des conflits judiciaires communautaires; cuisine, jardins communautaires; programmes multilingues sur divers sujets; programmes pour les jeunes; groupe de soutien des femmes; programmes de collations scolaires (Association of Community Health Centres, 2009).

Une étude récemment menée en Ontario a trouvé que les soins de santé pour les personnes atteintes d’une maladie chronique, en particulier le diabète, étaient plus efficaces lorsqu’ils étaient fournis dans des CSC que dans les cabinets de médecin traditionnels, ce qui était surtout dû au réseau d’équipes multidisciplinaires. L’Observateur-Q de 2008 du Conseil ontarien de la qualité des services de santé a trouvé que les CSC obtiennent un meilleur taux de satisfaction qu’un médecin et autre organisme de santé dans le cas du traitement des maladies chroniques, en particulier le diabète, mais également avec des groupes de la population qui se heurtent généralement à de plus grands obstacles à la santé et aux soins de santé à cause de la pauvreté, de logements inhabitables, de la langue, de l’isolement géographique et d’autres facteurs; [le CSC] « ne se concentre pas uniquement sur les soins de santé. Ses activités sont fondées sur le principe qu’une diversité de facteurs, dont le logement, l’emploi, les relations sociales, le revenu, ainsi que la biologie, le sexe et la race - que nous appellerons déterminants de la santé – sont autant d’éléments qui conditionnent l’état de santé des personnes » (Rapport annuel du COQSS, 2008).

Les CSC sont des modèles très prometteurs, mais dans leurs 30 années d’existence au Canada, ils n’ont pas recueilli un grand soutien. Cela est principalement dû à certains obstacles vus plus haut. De plus, les modèles de financement, en particulier le salaire pour les médecins, se sont heurtés à l’opposition de groupes de médecins, comme cela a été le cas pour le partage du contrôle entre diverses professions de la santé au lieu du contrôle hiérarchique traditionnel. De nouvelles générations de médecins montrent moins de résistance envers le modèle de santé communautaire et les postes salariés, et de nombreux gouvernements provinciaux encouragent la création de CSC et/ou de réseaux d’omnipraticiens (sortes de CSC virtuels) dans le cadre de la réforme des soins primaires.

#### 7.4 Intégration des services sociaux en Saskatchewan

À part les CLSC et les Centres de santé communautaires, il semble y avoir eu étonnamment peu de tentatives systématiques d’intégration d’autres services sociaux au Canada. Lorsque des modèles existent, ceux-ci sont soit partiels (p. ex. au Québec, les services de santé et services sociaux sont intégrés et au Manitoba plusieurs services sont

axés sur les enfants), soit principalement locaux (p. ex. quelques centres multiservices en Ontario). La Saskatchewan est la seule province qui semble avoir fait l'effort méthodique de mieux intégrer un large groupe représentatif de services sociaux au niveau provincial et au niveau régional.

La Saskatchewan a adopté une approche de prestation des services sociaux intégrée depuis 1989, et elle est l'une des premières administrations à avoir adopté cette approche. L'intégration des services est coordonnée par l'entremise de deux structures organisationnelles : le Human Service Integration Forum (HSIF) et les dix comités intersectoriels régionaux (CIR).

- Le Human Services Integration Forum se compose de sous-ministres associés/adjoins des ministères provinciaux qui fournissent des services sociaux, notamment les ministères de l'Éducation, de la Justice et du Procureur général; de la Santé; des Services sociaux; des Relations avec les Métis et les Premières nations; du Tourisme, des Parcs, de la Culture, du Sport, et des Services correctionnels, de la Sécurité publique et des Services de police. Le Human Services Integration Forum assure la coordination des initiatives de services sociaux au niveau de la haute direction. Un directeur exécutif soutient le Human Services Integration Forum et les comités intersectoriels régionaux et coordonne la planification stratégique pour l'intégration des services en Saskatchewan.
- Chacun des dix CIR couvre un secteur précis de la province. Chacun d'eux a un effectif particulier qui inclut des représentants des ministères provinciaux et fédéraux, des écoles, de la police, des organisations des Premières nations et des Métis, et autres organismes locaux offrant des services sociaux, y compris des organisations communautaires. Les CIR sont chargés de coordonner les services sociaux au niveau régional et de renforcer la capacité communautaire. Chaque CIR bénéficie de l'aide d'un coordonnateur qui est financé par le gouvernement provincial<sup>25</sup>.

Récemment, on a accordé une attention particulière au renouvellement, à la revitalisation et à la redynamisation des services intégrés en Saskatchewan. Ce renouvellement de l'intégration des services sociaux marque le début de la seconde génération d'intégration des services dans cette province. Par contraste, la plupart des initiatives d'intégration en cours dans d'autres administrations en sont au premier stade de production.

Un exemple d'intégration des services est le Community Services Village à Regina qui est centré dans une banque alimentaire qui réunit 20 organismes et fournit des services aux personnes qui vivent dans la pauvreté. Les coûts d'infrastructure requis pour avoir une installation aussi spacieuse ont été élevés. Mais les clients trouvent l'installation très pratique et il est bien plus facile pour les organismes de travailler ensemble.

### 7.5 Enfants en santé Manitoba

En 1999, le gouvernement du Manitoba s'est engagé à faire du développement de la petite enfance une priorité à l'échelle gouvernementale. L'année suivante, il a créé

---

<sup>25</sup> Fondé largement sur Thompson, 2007

Enfants en santé Manitoba (ESM) et établi le Comité du Conseil exécutif pour enfants en santé, premier et seul comité interministériel permanent au Canada voué au bien-être des enfants et des adolescents. Ce comité comprend les ministres de huit ministères (Vie saine; Santé; Affaires autochtones et du Nord; Justice; Culture, Patrimoine et Tourisme; Travail et Immigration; Éducation, Citoyenneté et Jeunesse; Services à la famille et Logement). Ces huit partenaires gouvernementaux se partagent la responsabilité d'élaborer, de coordonner et de mettre en œuvre la politique publique axée sur les enfants du Manitoba, et l'objectif de voir à ce que tous les enfants du Manitoba atteignent leur plein épanouissement.

Ce comité du Conseil exécutif bénéficie de l'aide d'un comité de sous-ministres ainsi que d'Enfants en santé Manitoba qui, non seulement est responsable de l'élaboration des politiques, du développement communautaire et de l'évaluation des programmes, mais sert également de personnel et de secrétariat aux deux comités gouvernementaux.

Tandis que le Comité du Conseil exécutif maintient son engagement politique et sa vision, le programme s'appuie également sur un fort engagement et leadership communautaires. Dans l'ensemble de la province, 26 coalitions axées sur les parents et les enfants décident collectivement quels services et mécanismes de soutien seront mieux en mesure de répondre aux besoins des familles dans ce secteur particulier. Cette approche axée sur le développement communautaire réunit les parents, les divisions scolaires, les éducateurs de la petite enfance, les professionnels de la santé et autres organismes communautaires dans le cadre des coalitions communautaires et régionales pour promouvoir un rôle parental positif, améliorer la nutrition et la santé physique des enfants, promouvoir l'alphabétisation et l'apprentissage, et renforcer la capacité communautaire.

Les objectifs d'Enfants en santé Manitoba consistent à :

- chercher, développer, financer et évaluer des initiatives innovatrices et des stratégies à long terme visant à améliorer les possibilités de réussite des enfants du Manitoba;
- coordonner et intégrer les politiques, les programmes et les services dans l'ensemble du gouvernement pour les enfants, les jeunes et les familles, à l'aide de modèles d'intervention précoce et de santé de la population;
- augmenter la participation des familles, du voisinage et de la communauté dans les services de prévention et de développement de la petite enfance (DPE) par le biais du développement communautaire;
- faciliter le développement de la politique publique axée sur l'enfant et l'échange de connaissances entre départements et secteurs, au moyen d'évaluation et de recherche sur les déterminants clés et les résultats pour le bien-être des enfants.

Selon un résumé positif paru dans un article de 2006 (Conseil canadien de la santé 2006), le résultat a été un ensemble complexe de services publics qui soutiennent les enfants et les familles, notamment :

- une allocation prénatale pour aider les femmes à faibles revenus à acheter des aliments nutritifs durant leur grossesse;

- un programme d'encadrement en vue de mettre fin au SAF (syndrome d'alcoolisation fœtale) qui cible les femmes à risque d'avoir un enfant atteint de ce syndrome;
- un programme de dépistage systématique qui cible 90 pour cent des nouveau-nés et leurs parents et apporte du soutien aux familles, par exemple, au moyen de visites à domicile dans le cadre du programme Les familles d'abord, et en fournissant aux parents des renseignements sur les programmes de formation au rôle de parent dans leur communauté;
- le Tripe P – Programme de formation au rôle de parent positif, programme de renommée internationale reconnu pour sa capacité à accroître les compétences des parents et à réduire les problèmes de comportement;
- les programmes de développement de la petite enfance, notamment le populaire programme Soupe à l'alphabet qui combine une alimentation saine aux activités de lecture et de langage entre parents et enfants et qui favorise l'acquisition de capacités de lecture et d'écriture, tout en aidant les parents à découvrir des produits nutritifs à prix abordable. Le programme Soupe à l'alphabet emploie les parents de la communauté comme bénévoles et facilitateurs dans le cadre du renforcement des capacités communautaires.

D'autres activités d'ESM menées ces dernières années incluent :

- l'amélioration des services de soins primaires pour les adolescents au moyen de l'expansion des cliniques pour adolescents dans la province.
- La collaboration avec les ministères partenaires pour élaborer une stratégie de prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale.
- Le renforcement des relations avec les ministères fédéraux au niveau régional, notamment l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI);
- Promouvoir la stratégie provinciale d'évaluation et de recherche concernant Enfants en santé Manitoba. L'évaluation du projet inclut de travailler avec les 38 divisions de la province pour évaluer la préparation des enfants à l'école maternelle, en examinant leur santé physique et leur maturité développementale, sociale et émotionnelle durant chaque année que passe l'enfant à la maternelle. D'autres stratégies d'évaluation à long terme sont en cours d'élaboration, utilisant l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), ainsi qu'une étude longitudinale propre au Manitoba sur le modèle de l'ELNEJ.

Bien que l'on commence à peine à voir les résultats de cet engagement intégré à long terme, il semble que l'engagement politique se soit maintenu, et il ne nous reste plus qu'à surveiller le programme Enfants en santé Manitoba pour voir ses effets sur l'état de santé des enfants du Manitoba<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Sources : Sale (2003), site du Gouvernement du Manitoba (2007) et d'Enfants en santé Manitoba, [www.gov.mb.ca/healthychild/](http://www.gov.mb.ca/healthychild/)

## 7.6 Une vision de services de développement humain et de santé intégrés

Bien qu'il existe un nombre de modèles d'intégration des services sociaux et/ou de santé potentiellement utiles, il semble ne pas y avoir de vision quant à ce que ce système pourrait être dans l'avenir. L'effort d'élaborer cette vision a été fait dans le cadre du travail d'une équipe qui créait la conception d'une nouvelle communauté – Seaton – qu'avait planifiée le gouvernement de l'Ontario dans les années 1990. À la fin, cette communauté n'a pas été construite, mais dans le cadre de sa conception globale (qui a occupé le troisième rang dans le concours de conception), le groupe communautaire du consortium CEED<sup>27</sup> a élaboré une stratégie de développement humain globale<sup>28</sup>.

Cette stratégie était fondée sur trois principes fondamentaux, les suivant par ordre de priorité :

- Renforcer la communauté : bâtir une communauté tolérante, solidaire, forte déterminée à assurer le bien-être de ses membres – présents et futurs – et la protection et l'amélioration de son environnement;
- Promouvoir le bien-être et éviter les problèmes : mettre l'accent sur la promotion du bien-être, la prévention des problèmes et la mobilisation de la capacité d'effort individuel, d'entraide et de soutien mutuel de la communauté;
- Répondre aux besoins et fournir des services : fournir un éventail complet de services sociaux dans un système intégré qui est mis au point à partir du niveau du ménage et fait partie intégrante de la communauté et des communautés de Pickering et de Durham dont Seaton fait partie.

La stratégie comportait deux principaux volets, qui étaient complémentaires :

- mettre l'accent sur la création d'une forte culture communautaire, la promotion du bien-être et la prévention des problèmes en amont de la prestation des services;
- construire à partir du niveau du ménage.

Les principaux éléments du volet promotion/prévention de la stratégie culturelle, sociale et de développement humain globale étaient :

1. Répondre aux besoins de tous
2. Élever des enfants en santé
3. Faire du travail une source de bien-être
4. Assurer un vieillissement sain
5. Stimuler la créativité et l'innovation
6. Créer un sentiment d'appartenance à la communauté

<sup>27</sup> Community, Environment, Economy, Design

<sup>28</sup> Le bien-être/développement humain n'était que l'un des sept éléments considérés dans la conception du Consortium CEED relative à Seaton; les autres étaient la gouvernance, la santé de l'écosystème, la vitalité économique, le développement durable, la qualité environnementale et l'équité sociale.

7. Assurer la sécurité
8. Permettre aux gens de se responsabiliser
9. Fournir des services sociaux de promotion et de prévention

Le concept de créer à partir du niveau du ménage s'appliquait, non seulement au système de service sociaux, mais il a été, en fait, appliqué à la conception globale de toute la communauté. On a reconnu qu'en concevant les services sociaux à partir du ménage, de l'îlot et du quartier, il aurait fallu prêter attention aux besoins en services sociaux des individus et à la nécessité d'avoir des locaux et des installations pour répondre à ces besoins. Au titre de l'efficacité et de la création d'un sentiment d'appartenance à la communauté, des installations à usage multiple gérées au niveau de l'îlot, du quartier et du village ont été proposées. Le tableau 1, qui explore quelles installations pourraient être nécessaires à chaque niveau pour deux aspects du développement humain, l'apprentissage et les services communautaires, donne un exemple de la portée de cette conception. On trouvera chez Hancock, 1999, une description détaillée des services de santé fondés sur ce modèle.

**Tableau 1 : Certaines répercussions des services sociaux sélectionnés, selon le niveau de conception, proposition de CEED pour le concours relatif à la conception de Seaton, 1994**

<u>Niveau de conception</u>	<u>Centre d'apprentissage</u>	<u>Centre de services communautaires</u>
Ménage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminal vidéo interactif relié au centre de ressources et d'information communautaires et au réseau d'apprentissage électronique de Seaton.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès en ligne aux CSC du quartier, du village et de la ville pour recevoir des conseils et du soutien.</li> <li>• Accès en ligne au Self-Help Clearing House et à son logiciel d'auto-assistance et de soins personnels.</li> <li>• Système d'alarme câblé résidentiel (feu/fumée, aide des personnes âgées, vol).</li> </ul>
Îlot urbain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salles réservées aux ressources et à l'apprentissage en ligne dans de grands îlots urbains (p. ex. unités multiples).</li> <li>• Espaces communs pour le jeu, les loisirs, l'artisanat et autres utilisations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salles réservées aux services communautaires dans de larges îlots pour les travailleurs des services sociaux rendant visite.</li> </ul>
Quartier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• École communautaire élémentaire comme centre d'apprentissage continu, avec des installations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logement pour les personnes ayant des besoins spéciaux.</li> </ul>

	culturelles et pour la détente, y compris un centre de ressources et d'information communautaires.	
Village	<ul style="list-style-type: none"> <li>• École secondaire communautaire avec des installations communautaires pour l'apprentissage continu et les loisirs, y compris des espaces pour l'artisanat, les violons d'Ingres, des espaces pour la piscine, le gymnase, les arts et la culture, la bibliothèque, etc.</li> </ul>	
Ville	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collège écocommunautaire, collège communautaire, secteur d'attache pour le réseau d'apprentissage électronique de Seaton, principales installations culturelles, y compris un espace pour les spectacles, un musée ou une galerie, etc.</li> </ul>	

### **8. Vers une approche nationale axée sur le soutien de l'action locale au profit de la santé de la population et du développement humain.**

Bien que le gouvernement fédéral ait sans aucun doute un rôle à jouer dans le soutien des nouveaux processus de gouvernance communautaire et des nouvelles structures nécessaires pour renforcer la résilience de la communauté et celle de ses membres, et dans le renforcement des capacités individuelles et communautaires (et s'appuie sur ces capacités), il est important de reconnaître le rôle vital que doivent aussi jouer les gouvernements provinciaux. Il y a deux importantes raisons à cela : la première est que les gouvernements municipaux sont établis par les gouvernements provinciaux, et la seconde, comme le note Torjman (2007) :

« de nombreux domaines de fond sur lesquels porte ce programme [communautaire] – logement décent abordable, alphabétisation et formation et emploi [et, pourrait-on ajouter, éducation et services de santé] relèvent principalement de la compétence provinciale ».

Bien entendu, les administrations municipales jouent également un rôle dans les domaines qui touchent à la santé et au développement humain, notamment l'aménagement des terres, le transport, la gestion des déchets, les parcs et loisirs, les services sociaux, le logement social et autres.

Dans un chapitre intitulé « Creating an enabling environment », Torjman (2007) examine le nouveau rôle des gouvernements fédéral et provinciaux et des autres bailleurs de fonds (philanthropiques) dans le renforcement de la gouvernance communautaire, le soutien des communautés et la création des conditions qui permettent aux communautés de renforcer leur résilience et celle de leurs citoyens, au-delà de leur rôle, en investissant directement dans les services, les programmes et les installations dans les communautés.

**Commentaires d'intervenants clés sur les modèles universels**

[Traduction] « Je ne crois pas que l'on puisse transposer un modèle d'un endroit à un autre [...] Je suis convaincu qu'il n'existe pas de modèle universel ».

« Je crois que l'une des choses que nous reconnaissons aujourd'hui est que plutôt que de parler des modèles, nous parlons plus des principes ».

Torjman décrit ce nouveau rôle comme celui de « facilitateurs » de processus communautaires complexes » et indique que cela exige que ces bailleurs de fonds permettent de savoir, d'agir et d'examiner, c'est-à-dire, de développer la base de données, d'établir des liens axés sur la collaboration et d'examiner les progrès accomplis (p. 244). Elle offre des idées quant à la façon de le faire :

- « Permettent de savoir » consiste à échanger avec la communauté l'information détenue par les gouvernements (c.-à-d. le Community Accounts Project a débuté à Terre-Neuve-et-Labrador et il est aujourd'hui reproduit dans d'autres provinces); en soutenant la recherche communautaire menée sous l'impulsion de la communauté ainsi que la collecte et l'analyse de l'information; en établissant des liens entre les communautés et les chercheurs (p. ex. programme Alliances de recherche universités-communautés du CRSH); et en mettant en commun des connaissances et de l'expérience des communautés. (Il est utile ici de rappeler ce qu'a souvent répété John McKnight, à savoir que les institutions apprennent des études, mais les communautés apprennent des cas concrets.)
- « Permettent d'agir » en encourageant les processus de gouvernance communautaire qui travaillent en collaboration pour aborder les problèmes complexes; en investissant du « capital de patience » dans ce processus à long terme; en participant activement et en échangeant l'information sur les pratiques exemplaires du pays entier; et en établissant des modèles de coordination et de collaboration dans leur propre travail, en travaillant de façon horizontale et en adoptant une approche pangouvernementale.
- « Permettent d'examiner » en encourageant l'apprentissage au sein des communautés et entre les communautés, notamment la pratique réflexive, l'aide en terme de comportement et le développement des compétences.

Il est d'une suprême importance de reconnaître qu'il n'existe pas de modèle universel pour renforcer les capacités communautaires (et s'appuyer sur ces capacités) et pour améliorer la santé et le développement humain qui puisse s'appliquer à toutes les communautés. Chaque communauté est différente par son histoire, les problèmes auxquels elle est confrontée, les ressources qu'elle réussit à mobiliser, et les relations déjà

présentes en son sein et les relations entre elle et d'autres ordres supérieurs de gouvernement.

Néanmoins, en nous fondant sur les ouvrages que nous avons consultés pour le présent rapport, sur les points de vue des principaux intervenants, et sur ma propre expérience acquise dans le cadre de mon travail sur les villes et les communautés en bonne santé, nous pouvons faire les observations suivantes.

1. De nombreux déterminants de la santé ont des effets au niveau communautaire, dans les milieux environnants – maisons, écoles, lieux de travail, quartiers – là où les gens vivent, apprennent, travaillent et se divertissent.
2. Les communautés – même les plus défavorisées et qui ont à relever les plus gros défis, comme la communauté crie d'Oujé-Bougoumou que nous avons décrite plus haut, ont des forces, des capacités et des actifs importants, parfois étonnants, que la communauté peut mettre à profit pour aborder ses problèmes et pour améliorer sa santé, son bien-être et son niveau de développement humain.
3. Les gouvernements fédéral et provinciaux, les organismes philanthropiques et le secteur privé feraient bien de reconnaître les forces présentes dans les communautés, de s'appuyer sur la capacité communautaire et de la renforcer en investissant dans le développement communautaire reposant sur les actifs.
4. L'adoption d'une telle stratégie exige, entre autres :
  - a. de reconnaître le rôle vital que jouent les administrations municipales dans la création des conditions favorables à la bonne santé et au développement humain, en en faisant de principaux partenaires, et en renforçant leurs pouvoirs (y compris, le pouvoir de taxation);
  - b. d'adopter une approche pangouvernementale aux questions liées à la santé de la population et au développement humain à laquelle participent tous les ordres de gouvernement, allant du gouvernement fédéral au gouvernement local;
  - c. d'encourager et soutenir les processus et structures de gouvernance communautaire qui permettent aux nombreux intervenants de la communauté – secteurs public, privé, sans but lucratif et communautaire, ainsi qu'à chaque citoyen – de reconnaître et de définir les problèmes communautaires locaux et les solutions et d'élaborer des stratégies à long terme reposant sur les actifs pour les aborder.
5. Pour cela, il faut que les gouvernements et les organismes philanthropiques s'engagent à financer à long terme cette infrastructure de gouvernance communautaire. Cela veut dire plus précisément qu'ils doivent fournir moins de financement à court terme étroitement ciblé et plus de financement général à long terme que les communautés peuvent utiliser de la façon qu'elles jugent nécessaire pour renforcer la capacité communautaire dont elles ont besoin.
6. Tant au niveau national que provincial, il est nécessaire d'établir des organismes nationaux et/ou provinciaux (ou lorsqu'ils existent déjà, de les renforcer fortement) pouvant favoriser la création d'écoles, de lieux de travail et de

- communautés en bonne santé. Ces organismes faciliteraient et aideraient la création d'infrastructures de gouvernance communautaire, mèneraient des recherches, mettraient en commun leurs connaissances et leur expérience, élaboreraient des outils et « formeraient les formateurs ».
7. Tout effort au niveau national pour améliorer la santé de la population et le développement humain sain afin de créer des communautés plus saines doit s'accompagner d'un effort national d'élaborer de nouvelles mesures de progrès comme celles dont nous avons parlé ci-dessus de sorte que l'on puisse voir les progrès que nous avons réalisés dans l'atteinte de ces vastes objectifs sociétaux. Ces nouvelles mesures doivent pouvoir s'appliquer à tous les niveaux, de l'international au local, et elles doivent être élaborées en partenariat avec les communautés, dans le cadre du renforcement de la capacité de la communauté de se comprendre et de comprendre sa situation, condition préalable nécessaire pour poser des gestes concrets.
  8. Les gouvernements devraient mettre en place des systèmes de services de développement humain mieux intégrés comme élément du renforcement de la capacité communautaire (ou comme élément d'appui sur cette capacité). Dans les communautés défavorisées, en particulier, ces services devraient être situés près des personnes qui les utilisent ou qui en ont besoin; ils devraient être faciles à trouver (« accessibles à partir d'un même point ») et à utiliser et, le cas échéant, être logés dans une seule installation qui maximise l'utilisation de l'espace commun pendant la journée.

## Références

- Armstrong, A. « Thomas Adams and the Commission of Conservation », *Plan Canada*, 1(1), 14-32, 1959.
- Ashton, J. (éd.), Introduction, *Healthy Cities*. Milton Keynes, Angleterre : Open University Press, 1992.
- Association des centres de santé de l'Ontario. « Au sujet des CSC », 2009, extrait le 8 mars 2009 du site <http://www.aohc.org/aohc/index.aspx?ArticleID=10>
- Association canadienne de santé publique. *Human and Ecosystem Health*, Ottawa : ACSP, 1992.
- Banque mondiale. « Investing in Health », Washington, D.C.: Banque mondiale, 1993.
- Banque mondiale. « Monitoring Environmental Progress (MEP): A Report on Work in Progress », Washington DC: Banque mondiale, 1995.
- Beyond Health Care, « Proceedings of a Working Conference on Healthy Public Policy », *La revue canadienne de santé publique*, 1985, vol. 76 (suppl. 1), p. 1-104.
- Bhatt, Sanjay. « Neighborhood Matching Fund has changed Seattle's face », 2008, *Seattle Times*, le 11 sept. 2008, extrait le 23 février 2009.
- [http://seattletimes.nwsourc.com/html/localnews/2008172394\\_matchingfund11m.html](http://seattletimes.nwsourc.com/html/localnews/2008172394_matchingfund11m.html)
- Bradford, Neil. « Whither the Federal Urban Agenda? A New Deal in Transition », Réseaux canadiens de recherche en politique publique, Rapport de recherche F/65, 2007, extrait le 25 février du site <http://www.cprn.org/page.cfm?page=124&l=fr>
- Bradford, Neil. « Place Matters and Multi-level Governance : Perspectives on a New Urban Policy Paradigm », Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, rapport de recherche, 2004, extrait le 25 février 2009 du site <http://www.cprn.org/doc.cfm?doc=534&l=en>
- Bradford, Neil. « Why Cities Matter : Policy Research Perspectives for Canada », Réseaux canadiens de recherche en politiques, Rapport de recherche, 2002, extrait le 25 février 2009 du site <http://www.cprn.org/doc.cfm?doc=168&l=en>
- British Columbia Roundtable on Environment and Economy (1993). *Strategic Directions for Community Sustainability*, Victoria, C.-B. : The Roundtable.
- Butterworth, W. « Inter-Chamber Health Conservation Contest », *American Journal of Public Health*, 1930, p. 633-635.
- Calthorpe, P., & Van der Ryn, S. « Sustainable Communities: A new design synthesis for cities, suburbs and towns », 1986, San Francisco: Sierra Club.
- Carter, T.S. and Man, T.L. « Canadian Registered Charities : Business Activities and Social Enterprise – Thinking Outside the Box », 2008, extrait le 16 mars 2009 du site <http://www.carters.ca/pub/article/charity/2008/tsc1024.pdf>
- Cassedy, J. « Hygeia : A mid-Victorian dream of a city of health », *Journal of Historical Medicine*, 17(2), 217-228, 1962.

- CEED. « Seaton: Phase Three Design Exercise », Toronto : CEED (c/o Dunlop Farrow Architects, 450 Front Street West, Toronto, Ontario), 1994
- Cipolla, C. « Public Health and the Medical Profession in the Renaissance », Cambridge, Angleterre : Cambridge University Press, 1976.
- Coleman, J. S. « Social Capital in the Creation of Human Capital », *American Journal of Sociology*, 94 : S95-S120, 1988.
- Commission de la conservation (1912). Rapport annuel, Ottawa, Canada, p. 148 – 270  
10, Armstrong, 1959.
- Commission économique des Nations Unies pour l’Afrique, Développement humain durable, 1995.
- Commission mondiale sur l’environnement et le développement. « Notre avenir à tous », New York, Oxford University Press, 1987.
- Conseil canadien de la santé. « Enfants en santé Manitoba » (dans « Leur avenir commence maintenant – Des choix sains pour les enfants et les jeunes au Canada »), juin 2006, extrait le 24 mars 2009 du site <http://healthcouncilcanada.ca/docs/shiningalight/Healthy%20Child%20Manitoba.pdf>
- Conseil ontarien de la qualité des services de santé. « Chronic Disease Management in Ontario », Rapport technique, 2008, extrait le 10 février 2009 du site [http://www.ohqc.ca/pdfs/technical\\_report\\_for\\_chapter\\_3\\_-\\_sections\\_3.1\\_-\\_3.4.pdf](http://www.ohqc.ca/pdfs/technical_report_for_chapter_3_-_sections_3.1_-_3.4.pdf)
- Cooke, Martin; Beavon, Daniel et McHardy, Mindy. « Mesure du bien-être des peuples autochtones : application de l’indicateur du développement humain des Nations Unies aux Indiens inscrits du Canada, 1981–2001 », Direction de la recherche stratégique et de l’analyse, Affaires indiennes et du Nord Canada, 2004.
- Daly, Herman and Cobb, John. « For the Common Good », Boston : Beacon Press, 1989.
- Diers, J. « From The Ground Up : community’s role in addressing street level social issues; a core challenges initiative », document de travail, Canada West Foundation, 2008, extrait le 17 février 2009 du site <http://www.cwf.ca/V2/files/CCI%20Diers.pdf>
- Ekins, P., Hillman, M. & Hutchison, R. « Wealth Beyond Measure : An Atlas of New Economics », London : Gaia Books, 1992.
- Evers, A., Farrant, W., & Trojan, A. « Healthy Public Policy at the Local Level », Boulder, Co.: Westview Press, 1990.
- Fawcett, S.B., Francisco, V.T., & Schultz, J.A. « Understanding and improving the work of community health and development: Using the methodology of community-based participatory research to document and analyze the contribution », *VIII Biannual Symposium on Science of Behavior*, Guadalajara, Mexique, 2004.

- FCM – Fédération canadienne des municipalités. « Policy Statement on Municipal Finance and Intergovernmental Arrangements », mars 2008, extrait le 26 février 2009 du site <http://www.fcm.ca/CMFiles/munfin1SIR-3262008-3325.pdf>
- Girouard, M. dans Leavitt, J.W. « The Healthiest City : Milwaukee and the politics of health reform », Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1985.
- Gouvernement du Manitoba. Rapports annuels d'Enfants en santé Manitoba 2006-2007, novembre 2007, extrait le 20 mars 2009 du site <http://www.gov.mb.ca/healthychild/about/annual.html>
- Hancock, T. (n.d.). « Planning and Creating Healthy and Sustainable Cities: The Challenge for the Twenty-First Century », dans Price, C. & Tsouros, A. (éd.), *Our Cities, Our Future*.
- Hancock, T. « Developing healthy public policies at the local level », dans A. Evers et al. (éd.) « Healthy Public Policy at the Local Level », Frankfurt/Boulder, Campus/Westview, 1990.
- Hancock, T. « Health, human development and the community ecosystem: Three ecological models », *Health Promotion International*, vol. 8 (1) : p. 41-47, 1993.
- Hancock, T. « The evolution, impact and significance of the Healthy Cities/Communities movement », *J. Public Health Policy*, (printemps), p. 5-18, 1993.
- Hancock, T. « Healthy, Sustainable Communities: Concept, fledgling practice, and implications for governance », *Alternatives*, 22 (2), p. 18-23, 1996
- Hancock, T. « Healthy Cities and Communities: Long tradition, hopeful prospects », *National Civic Review*, 86(1), p. 11-21, 1997.
- Hancock, Trevor. « Health Care Reform and Reform for Health: Creating a Health System for Communities in the 21st Century », *Futures*, 31(5): p. 417-436, 1999.
- Hancock, T. « Beyond Health : Human Development and Healthy Local Governance », présentation au séminaire : Determinantes Sociais e Ações Intersetoriais em Saúde, Federal University of Pernambuco, 2008, Recife, Brésil, le 17 mars 2008,
- Harrell, DC. « Neighborhood Matching Fund thriving after 20 years », *Seattle Post Intelligence*, le 1<sup>er</sup> janvier 2009, extrait le 23 février 2009 du site [www.seattlepi.nwsources.com/local/394475\\_hoodmatch02.html](http://www.seattlepi.nwsources.com/local/394475_hoodmatch02.html)
- Hippocrates (400 av. J.-C.). « On Airs, Waters and Places », traduction du texte grec original se trouvant sur *Ancient Greek Online*, extrait le 17 février 2009 du site [www.greektexts.com/library/Hippocrates/On\\_Airs,\\_Waters,\\_And\\_Places/eng/240.html](http://www.greektexts.com/library/Hippocrates/On_Airs,_Waters,_And_Places/eng/240.html)
- Hodgett, C. (n.d.). « It is not so much the city beautiful as the city healthy that we want for Canada », Commission sur la conservation. *Rapport annuel* (p. 270H) Ottawa :
- Hofrichter, R. « The politics of health inequities: Contested terrain », *Health and Social Justice*, p. 1-58, 2003.

- L'Institut des services axés sur les citoyens. « Prestation de services intégrés. Une analyse critique », 2003, Toronto, ON: (parrainé par le Conseil de la prestation des services du secteur public), <http://www.iccs-isac.org/fr/publications/prdl.htm>
- Israel B.A., Schulz A.J., Parker E., & Becker A.B. « Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health », *Annual Review of Public Health*, vol. 19, p. 173–202, 1998.
- Kreuter M., Lezin N., & Young L. « Evaluating community based collaborative mechanisms: implications for practitioners », *Health Promotion Practice*, vol. 1, p. 49-63, 2000
- Leavitt, J.W. « The Healthiest City: Milwaukee and the Politics of Health Reform », Princeton, Princeton University Press, 1982.
- Macdougall, H. « Activists and Advocates » : Toronto's Health Department, 1883-1983, Toronto : Dundurn Press, 1900.
- McCall, D., & Corless, G. « National Scan and Action Plan on Settings for All in Canada: A Report on Canadian Initiatives on Settings for Health, Learning, Social and other Forms of Human Development », 2008, Association canadienne pour la santé en milieu scolaire, (mars).
- McKeown, T. « The Role of Medicine : Dream, Mirage or Nemesis », Oxford: Blackwell, 1979.
- Martin, Paul. « Unleashing the Power of Social Enterprise », allocution prononcée au Munk Centre for International Enterprise, le 8 novembre 2007, extrait le 16 mars 2009 du site <http://www.paulmartin.ca/fr/index>
- Minkler, M. (éd.). « Community Organizing and Community Building for Health », 2<sup>e</sup> édition, Nouveau-Brunswick, NJ : Rutgers University Press, 2004.
- Minkler, M. « Community based research partnerships: Challenges and Opportunities », *Journal of Urban Health*, 82(2S), p. 3-12, 2005.
- Minkler, M. & Wallerstein, N. (éd.). « Community Based Participatory Research For Health », San Francisco CA : Jossey-Bass, 2003.
- Minkler, M., Vásquez-Brechwich, V., Warner, J., Stuessey, H. & Facente, S. « Sowing the seeds of sustainable change: A community-university research and action partnership in Indiana and its aftermath », *Health Promotion International*, vol. 21(4), p. 293-300, 2006.
- New Zealand State Services Commission. « Review of the centre integrated service delivery's regional coordination: Final workstream report », 2003, Wellington, Nouvelle-Zélande, ministère de Développement social, extrait le 20 mars 2009 du site [www.ssc.govt.nz/downloadable\\_files/integrated-service-delivery-final-workstream-report.pdf](http://www.ssc.govt.nz/downloadable_files/integrated-service-delivery-final-workstream-report.pdf)
- Nozick, M. « No Place Like Home: Building sustainable communities », Conseil canadien de développement social, Ottawa, 1992.

- Organisation mondiale de la santé. « La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé », Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1986.
- Organisation mondiale de la santé. « Reflections on progress: A framework for the Healthy Cities Project Review », Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1992.
- Organisation mondiale de la santé. « Healthy Cities in Action », Copenhague, Danemark, 1994.
- Organisation mondiale de la santé, « Policies and Action for Health and Sustainable Development » Copenhague, Danemark : Healthy Cities Project Office, 1996.
- Parfitt, J. « The Health of a City: Oxford, 1770-1974 », Oxford, Angleterre : Amate Press, 1987.
- Putnam, R. « Making Democracy Work », Princeton: Princeton University Press, 1993.
- Petersen, D., Minkler, M., Vasquez-Breckwich, V., & Baden, A. « Community-based participatory research as a tool for policy change: A case study of the southern California environmental justice collaborative », *Review of Policy Research*, vol. 23(2), p. 339, 2006.
- Programme des Nations Unies pour le développement. « Indicateur du développement humain », New York : Nations Unies, 1990.
- PNUD. « Rapport mondial sur le développement humain 2003 : Les Objectifs du Millénaire pour le développement : Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine », New York, Oxford : Oxford University Press, 2003.
- Ragan, M. « Building better human service systems: Integrating services for income support and related programs », 2003, Albany, NY : préparé pour le Casey Strategic Consulting Group de l'Annie E. Casey Foundation par le Rockefeller Institute of Government, extrait le 20 février 2009 du site [www.rockinst.org/publications/federalism/Ragan\\_Casey\\_Report\\_0603.pdf](http://www.rockinst.org/publications/federalism/Ragan_Casey_Report_0603.pdf))
- Rains, J.W., & Ray, D.W. « Participatory action research for community health promotion », *Public Health Nursing*, 12, p. 256-261, 1995.
- Raphael, D., Curry-Stevens, A., & Bryant T. « Barriers to addressing the social determinants of health : Insights de the Canadian experience », *Health Policy*, vol. 88 (2), p. 222-235, 2007.
- Richardson, B.W. « Hygeia : A City of Health », 1875, Londres : Macmillan.
- Roseland, M. « Le développement durable des centres urbains », Table ronde nationale sur l'environnement et l'économie, Ottawa, Canada, 1992.
- Rutman, P., Hubberstey, C., Hume, S., Tate, B. « Review of regional integrated case management services for the Ministry for Children and Families », 1998, Victoria, C.-B. : University of Victoria, Child and Family and Community Research Program, extrait le 20 mars 2009 du site [www.mcf.gov.bc.ca/icm/pdfs/ICM\\_report.pdf](http://www.mcf.gov.bc.ca/icm/pdfs/ICM_report.pdf)
- Sale, Tom. « Enfants en santé Manitoba : Les enfants et les familles d'abord » *Perceptions*, 2003, vol. 26, n<sup>os</sup> 1 et 2, *Un regard sur l'inclusion sociale*,

- 
- Conseil canadien de développement social, extrait le 20 mars 2009 du site <http://www.ccsd.ca/perception/2612/hcm.htm>
- Sengupta, A. « Civil Society's Report to the Commission on Social Determinants of Health », *Social Medicine*, 2008.
- Sengupta, A. « Right to Health : Going Beyond Health Care - WHO, CSDH and Civil Society », 2008, *People Health Movement Newsletter*, (automne), extrait le 17 février 2009 du site [/www.phmovement.org/cms/files/news%20brief-23.pdf](http://www.phmovement.org/cms/files/news%20brief-23.pdf)
- Thompson, L. « Integrated Services – A Summary » *Forum d'automne (17-18 septembre 2007)*, 2007, Saskatoon Inn, octobre, extrait le 5 février 2009 du site [http://www.education.gov.sk.ca/adx/asp/adxGetMedia.aspx?DocID=1967,142,107,81,1,Documents&MediaID=4758&Filename=Human+Service+Integration+a+research+report+\(April+2007\).pdf](http://www.education.gov.sk.ca/adx/asp/adxGetMedia.aspx?DocID=1967,142,107,81,1,Documents&MediaID=4758&Filename=Human+Service+Integration+a+research+report+(April+2007).pdf)
- Tsouros, A. (éd.). *The WHO Healthy Cities Project: A project becomes a movement*. Copenhague, Danemark, Organisation mondiale de la santé, Healthy Cities Project Office, 1990
- US Public Health Service. « Model Standards for Public Health » Washington DC : US Public Health Service, 1980.
- Viswanathan M., et coll. « Community-Based Participatory Research : Assessing the Evidence », *Evidence Report/Technology Assessment*, (99), RTI, University of North Carolina, Rockville, MD, 2004.
- Walter, B., Arkin, L., & Crenshaw, R. « Sustainable Cities: Concepts and strategies for eco-city development », Los Angeles: Eco-Home Media, 1992.

### **Annexe 1 : Villes et communautés en bonne santé - hier<sup>29</sup>**

« [...] la plus grande contribution à la santé de la nation ces 150 dernières années est le fait non pas des médecins ni des hôpitaux, mais de l'administration locale ».

--Dr Jessie Parfitt, dans *The Health of a City : Oxford, 1770-1974*

L'histoire nous enseigne pourquoi il est utile de s'occuper de la santé de la population au niveau communautaire. Comme l'a relevé Dr Thomas McKeown dans son ouvrage fameux publié dans les années 1970 (McKeown, 1978), les gains les plus importants en matière d'espérance de vie et de santé humaines ces 200 dernières années sont attribuables à l'accès à l'eau potable, à de meilleurs réseaux d'assainissement, à une meilleure alimentation et à l'amélioration du niveau de vie – tous se produisant au niveau communautaire, et aucun d'eux n'étant le résultat de meilleurs services de santé per se.

En fait, les efforts faits pour améliorer la santé des villes et de leurs citoyens remontent au moins à l'époque d'Hippocrate, médecin grec considéré comme le « père de la médecine », qui fut le premier à observer que la maladie était souvent liée à des facteurs tels que le régime alimentaire, la forme physique, et l'environnement dans lequel on vit (Hippocrates, 400 av. J.-C.). La Renaissance italienne, qui a subi des vagues successives de peste, a reconnu le lien entre la maladie et le cadre de vie. Des conseils sanitaires, appelés magistratures spéciales, ont été établis dans les villes, et ils combinaient les pouvoirs législatifs, judiciaires et exécutifs dans la ville ou la région. Ils exerçaient le pouvoir sur toutes les affaires touchant la santé de la population, qu'il s'agisse du système alimentaire, des travaux publics comme le réseau d'alimentation en eau, les égouts et les déchets, de la prestation de services, et de la réglementation des activités économiques comme l'hôtellerie et la prostitution. (Cipolla, 1976).

Au XIX<sup>e</sup> siècle, les villes européennes (surtout britanniques) et d'Amérique du Nord ont connu de graves problèmes de santé, conséquences de la révolution industrielle, dus en particulier au surpeuplement, à la malnutrition, aux mauvaises conditions de logement ou à des conditions insalubres, à des réseaux d'alimentation en eau, d'assainissement, d'enlèvement des déchets et de contrôle de la pollution atmosphérique inadéquats. Il en a résulté un idéal sanitaire et le mouvement de la santé publique, initialement limité à l'Angleterre victorienne s'est ensuite répandu dans tous les pays en voie d'industrialisation de l'Europe et de l'Amérique du Nord. Les villes sont devenues le principal centre d'intérêt des services de santé publique, allant de l'établissement de la Health in Towns Commission en Grande-Bretagne en 1843, à la description « d'Hygeia » par Sir Benjamin Ward Richardson en 1875, vision détaillée et exhaustive d'une « cité de la santé » dans un avenir idéalisé.

Au Canada, la Commission de la conservation, créée par le gouvernement canadien en 1909, comportait un comité de la santé publique qui examinait la question de l'urbanisme parce qu'il avait constaté que cette question englobait la conservation des ressources naturelles et la conservation des ressources vitales (protection de la santé des gens). Leurs travaux ont été présentés à une conférence nationale en 1913, et ils ont retenu les services de Thomas Adams, éminent urbaniste du Royaume-Uni. Ce dernier, à titre de conseiller en urbanisme de la Commission a, de 1914 à 1919, révisé le projet de loi type sur

<sup>29</sup> Selon Hancock, 1990

l'urbanisation de la Commission, s'est chargé de préparer les projets de loi sur l'urbanisation de la plupart des provinces, a rédigé un document précurseur sur l'aménagement de l'espace rural, consulté près de quarante conseils locaux, écrit pour un bulletin trimestriel *Conservation of Life* édité par la Commission, aidé à organiser la Civic Improvement League, et en 1919 il a été élu le tout premier président de l'Institut d'urbanisme du Canada. Parallèlement, à Toronto, inspiré par les mêmes idéaux, Charles Hastings, responsable du service de santé publique de 1910 à 1929, a fait de cette ville la « plus saine des grandes villes » du monde (*MacLean's Magazine*, juillet 1919) et le service de santé publique a atteint une renommée internationale.

Aux États-Unis, un mouvement de villes en santé similaire prenait forme. L'Inter-Chamber Health Conservation Contest a été établi en 1929 par la Chambre de commerce américaine en partenariat avec l'American Public Health Association, la National Association of Life Underwriters, et le service de santé publique américain. Dans le cadre de ce concours, les villes étaient classées en fonction des mesures sanitaires, de la prévention des maladies, de la promotion de la santé, du soutien financier pour le travail dans le domaine de la santé, et les taux de mortalité. Le but était double : premièrement, faire connaître aux citoyens, en particulier aux gens d'affaires, l'organisme de santé local et les problèmes de santé de la communauté en vue d'apporter des améliorations et de réaliser un gain économique; deuxièmement, réduire l'incidence de maladies évitables et, au bout du compte, le décès (Gold, 1930). Pendant six années consécutives, entre 1929 et 1935, la ville de Milwaukee au Wisconsin - qui selon *MacLean's Magazine* s'est classée au deuxième rang, après Toronto - a remporté la première ou deuxième place au concours dans la catégorie de la plus grande ville (population, plus de 500 000 habitants).

Nous pouvons donc voir que la santé des villes a été un objet de préoccupation nationale et internationale pendant près d'un siècle. Cette leçon de l'histoire nous enseigne, comme l'a observé Jessie Parfitt qu'en fait, « la plus grande contribution à la santé de la nation ces 150 dernières années est le fait non pas des médecins ni des hôpitaux, mais de l'administration locale ».

Malheureusement, avec l'avènement de la médecine moderne dans les années 1930, lorsque les premiers antibiotiques sont devenus disponibles, et avec l'avènement de soins médicaux et chirurgicaux d'une grande efficacité qui a suivi la Seconde Guerre mondiale, l'importance de la santé publique s'est affaiblie, et les leçons durement apprises ont été mises de côté, voire oubliées. Ce n'est pas avant le Rapport Lalonde en 1974 qui distinguait quatre groupes de facteurs influant sur la santé - l'un d'eux étant l'organisation des services de santé - et indiquait que l'amélioration de l'état de santé dépendait surtout de l'amélioration du mode de vie et de l'environnement - que la situation a commencé à changer à nouveau d'orientation, avec la réapparition du mouvement des villes et des communautés en santé contemporain.

## **Annexe 2 : Villes-santé/communautés-santé - aujourd'hui**

Le mouvement mondial contemporain des villes-santé/communautés-santé est né au Canada, lors d'une conférence tenue en 1984 pour célébrer le centenaire du conseil de la santé local et le 150<sup>e</sup> anniversaire de la Ville de Toronto. Cette conférence intitulée « Au-delà des soins de santé » (Hancock, 1985) était la première à explorer le concept de « politique publique saine » et elle était accompagnée d'un atelier d'une journée – « Toronto - santé 2000 ». Elle avait pour but de visualiser une ville future dans le cadre de l'objectif du ministère de la Santé publique de faire de nouveau de Toronto « la ville la plus saine de l'Amérique du Nord ». Le conférencier principal était Len Duhl, inventeur du concept de la communauté-santé dans les années 1960 et professeur de santé publique à l'Université de Berkeley en Californie.

L'idée d'une « ville-santé » a été reprise par Ilona Kickbusch qui participait à la conférence et qui était alors responsable de la promotion de la santé au bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Elle a vu dans le concept de ville-santé la possibilité de faire la promotion de la santé, alors en cours d'élaboration au bureau régional de l'OMS pour l'Europe, dans les rues des villes d'Europe, d'en prendre les concepts globaux pour les appliquer au niveau local de façon concrète.

En janvier 1986, un petit groupe de promoteurs de la santé convoqué par Kickbusch s'est réuni au bureau régional de l'OMS pour l'Europe à Copenhague pour planifier un projet de villes-santé. Ce groupe de planification prévoyait que son projet pourrait susciter l'intérêt de six à huit villes. Toutefois, ce projet qui a débuté par un symposium sur les villes-santé à Lisbonne en avril 1986 a attiré la participation de 56 représentants de 21 villes et de 17 pays. Onze villes ont été sélectionnées pour le projet de l'OMS en 1986, mais la popularité du projet était telle que 14 autres villes ont été sélectionnées en 1988, et en 1991, on en comptait 35.

Aujourd'hui, il y a des réseaux de villes-santé dans les six régions de l'OMS qui comptent au total 1200 villes dans plus de 30 pays de la région de l'Europe de l'OMS; ces villes sont reliées dans le cadre de réseaux nationaux, régionaux, métropolitains et thématiques. Dans la région panaméricaine, le projet est connu sous le nom de « communautés-santé » et il compte des centaines de municipalités de nombreux pays, en particulier du Brésil et du Mexique. Il y a également un réseau villes-santé très solide dans la Région de l'Asie du Sud-Est, un réseau de « villages-santé » dans la région de la Méditerranée orientale, un petit réseau villes-santé dans la Région africaine et un réseau « îles-santé » dans la Région du Pacifique occidental.

Le programme Villes-Santé du bureau régional de l'OMS pour l'Europe incite les gouvernements locaux à participer au développement de la santé par l'intermédiaire d'un processus d'engagement politique, de changement institutionnel, de renforcement des capacités, de planification dans le cadre de partenariats et de projets innovateurs. Il favorise une planification et une politique méthodiques et exhaustives en accordant une importance particulière aux inégalités et à la pauvreté urbaine, aux besoins des groupes vulnérables, à la gouvernance participative et aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Il vise également à inclure les considérations en matière de santé dans les initiatives de développement économique, d'aménagement urbain et de revitalisation.

La quatrième phase du programme Villes-Santé du bureau régional de l’OMS pour l’Europe vient juste de prendre fin (2003–2008). Les villes participant au réseau de cette quatrième phase étaient concentrées sur trois thèmes centraux : le vieillissement en bonne santé, l’aménagement urbain sain et l’évaluation des effets sanitaires. De plus, toutes les villes participantes mettaient l’accent sur l’activité physique et la vie active. La Phase V a aujourd’hui commencé (2009–2013).

Le thème dominant de la Phase V est la santé et l’équité en santé dans toutes les politiques locales. « La santé dans toutes les politiques » découle de la reconnaissance que la santé de la population n’est pas seulement un produit des activités du secteur de la santé, mais qu’elle est largement déterminée par les politiques et les politiques qui transcendent le secteur de la santé. Dans le cadre du lancement de la Phase V, les maires et les dirigeants municipaux européens qui sont membres du réseau Villes-Santé se sont engagés à travailler à la promotion de la santé, à prévenir les maladies et les déficiences, et à prendre systématiquement des mesures contre l’inégalité au niveau municipal. Les dirigeants municipaux seront les défenseurs et les gardiens de la santé de leurs citoyens<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Cette section sur le mouvement mondial est largement fondé sur l’information contenue dans le site [www.euro.who.int/healthy-cities](http://www.euro.who.int/healthy-cities)

**Annexe 3 : Intervenants clés**

- Paul Born, Président, formateur et conseiller stratégique, Tamarack – Un Institut qui prône la mobilisation communautaire, Waterloo, Ontario
- Joey Edwardh, Directeur exécutif, Community Development Halton, Burlington Ontario
- Ron Labonté, Chaire de recherche du Canada sur la mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa
- Louise Potvin, Chaire de la FCRSS sur les approches communautaires et les inégalités en matière de santé, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal
- Lorraine Thompson, Lorraine Thompson Information Services Limited, Regina, Saskatchewan
- Sherri Torjman, Vice-présidente, Caledon Institute of Social Policy, Ottawa, Ontario