

La santé et la politique sociale c'est l'affaire de tout le monde : La collaboration et l'inclusion sociale en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard

Série de documents de discussion no. 5 ❖ Janvier 2000

Introduction

L'exclusion sociale peut être à la fois une cause et une conséquence des problèmes de santé. Si les gens sont trop malades pour travailler ou participer à la vie sociale quotidienne et s'ils sont coupés des occasions qui s'offrent dans la société en raison de leur maladie ou de leur handicap, ils deviennent alors socialement exclus¹. (Trad.)

Les personnes qui sont socialement exclues sont sujettes à une perte d'estime personnelle, à l'effritement de leur impression de bien-être et à des problèmes de santé. Donc, comment les décideurs peuvent-ils créer des politiques qui assurent l'inclusion sociale? Peut-on inclure ceux qui sont souvent privés de voix, qui sont marginalisés en raison de leur statut social ou économique, leur race, leur sexe, leur orienta-

Préparé par Ruth Schneider, pour le Centre d'excellence pour la santé des femmes, région des Maritimes, avec l'appui et les contributions du Groupe de travail sur l'inclusion sociale et économique de la Nouvelle-Écosse / l'Île-du-Prince-Édouard. Ce document a été réalisé grâce à leurs contributions écrites et verbales combinées à leur connaissance de la documentation de recherche et du matériel communautaire. Les membres du groupe de travail de la N.-É. / l'Î.-P.-É. sont : Katherine Reed, Antigonish Women's Resource Centre, N.-É.; Cathy Chenhall, gouvernement de la Nouvelle-Écosse; Janet Guildford, du « Women, Work and Social Policy in Post-1945 Halifax Project », N.-É.; Stephanie Hunter, de « Feminists for Just and Equitable Public Policy (Fem]EPP) », N.-É.; Peggy Mahon, Extension Department, St. Francis Xavier University, N.-É.; Teresa Hennebery, gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard; Marie Burge, Cooper Institute, Î.-P.-É.; Julie Devon Dodd, membre de la communauté des femmes, Î.-P.-É.; Margie Macdonald et Fiona Chin-Yee, Direction des programmes et de la promotion de la santé, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada; Yvonne Atwell, Carol Amaratunga, Pamela Roy et Linda Snyder du Centre d'excellence pour la santé des femmes, région des Maritimes et Ruth Schneider, auteure.

© Les droits de publication sont partagés entre le CESFM et ses auteurs, 2000. Ces communications représentent les opinions des auteurs et non pas les politiques officielles de Santé Canada, du CESFM ou de ses patrons.

Table des matières

Le problème	3
L'exclusion sociale et économique	3
La pauvreté	3
L'inégalité	5
Les coûts de l'exclusion sociale	5
Le contexte	6
Les bénévoles	9
L'index de progrès réel	10
L'apport des bénévoles	10
Les mythes et les conceptions erronées	11
Les défis	12
La collaboration	13
Un exemple: l'Initiative de lutte contre la violence familiale	14
La collaboration en N.-É. et à l'Î.-P.-É.	16
Ce que ces cas démontrent	29
Conclusion	29
Le moment est propice	31
Ce qui peut être fait	31
Lignes directrices	32
References	34
Bibliographie	36

MARITIME CENTRE of
EXCELLENCE
for WOMEN'S
HEALTH

tion sexuelle, leur handicap physique ou intellectuel ou leur isolement géographique, dans la conception et la mise en œuvre des politiques sociales et économiques?

Ce document tente de répondre à ces deux questions pour éclairer les décideurs et ceux qui influencent le contenu des politiques. Il met l'accent sur l'importance d'intégrer la notion d'inclusion sociale dans le processus d'élaboration de politiques et d'assurer un contenu qui favorise la santé et le bien-être de tous et toutes. La collaboration est présentée comme une stratégie qui mène à un processus d'élaboration de politiques inclusives s'inscrivant dans le cadre de l'élaboration de politiques publiques. Des exemples de situations en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard sont fournis, lesquels démontrent comment la collaboration et les partenariats ont contribué à l'inclusion des communautés marginalisées dans la discussion concernant les politiques influant sur leur santé et comment ces deux éléments ont favorisé les actions communautaires.

L'inclusion sociale dans le processus d'élaboration de politiques signifie que ceux et celles qui sont touchés par les politiques et qui sont habituellement sans voix sont inclus en tant que participants et participantes à part entière, de sorte que les nouvelles politiques reflètent leurs préoccupations. De plus, cela signifie que toute politique sera soumise à une analyse axée sur l'inclusion sociale. Les politiques appliquées dans différents secteurs tels que l'agriculture, les transports ou les finances peuvent sembler ne pas influencer directement sur certaines populations, alors que dans les faits, elles provoquent leur exclusion. Toute politique doit être inclusive, même si tous les citoyens et citoyennes ne sont pas présents à la table de négociation.

Ce document s'appuie sur une définition élargie de la santé qui relève de l'approche axée sur la santé des populations. Il reconnaît que les facteurs qui déterminent la santé n'existent pas de façon isolée et que les déterminants de santé les plus importants sont à l'extérieur du système de santé officiel. Par conséquent, l'action intersectorielle est vue comme une stratégie clé visant à améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes.

Parrainé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes, région des Maritimes (CESFM), ce document a été rédigé en collaboration avec le Groupe de travail de la Nouvelle-Écosse / l'Île-du-Prince-Édouard. Les membres du Groupe de travail ont contribué de façon vitale à la réussite de projets collaboratifs. Ce sont des intervenantes en développement communautaire, des conseillères privées, des organismes communautaires de femmes, des membres de la communauté de recherche, le Centre d'Excellence pour la santé des femmes, région des Maritimes, et des participantes provenant de Santé Canada et des gouvernements de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard.

Présentant d'abord les résultats de l'exclusion sociale reflétée dans la vie des femmes et des enfants vivant dans la pauvreté, ce document trace le portrait des premiers programmes sociaux universels au Canada, jusqu'aux tendances d'aujourd'hui qui placent le fardeau de la responsabilité du bien-être social et économique sur les épaules des membres de la communauté et des bénévoles. Les problèmes liés à cette approche sont soulignés et la collaboration est présentée comme un moyen d'inclure ceux et celles qui ne sont pas habituellement assis à la table des négociations. Des exemples de collaboration en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard sont fournis et les grandes lignes

des éléments relationnels et structurels essentiels à la collaboration sont exposées. En guise de conclusion, les décisionnaires et les communautés sont invités à adopter, pour le nouveau millénaire, une volonté politique qui assurera l'inclusion sociale.

Le problème

L'exclusion sociale et économique

Trop de gens parmi notre population n'ont plus accès à un emploi stable, ni à la propriété, au logement et au crédit, ni à une éducation de qualité, aux services de santé et à un environnement salubre. L'exclusion sociale a mené, à son tour, à l'effritement de la cohésion sociale, à un sentiment accru d'insécurité, à la migration, à la dégradation de l'environnement et à la criminalité... Le visage de la personne socialement exclue est trop souvent féminin, jeune et non blanc. Des catégories entières de gens sont exclues et ne peuvent participer, de façon importante, aux affaires économiques, sociales et politiques de nos nations et de notre hémisphère². (Trad.)

Le problème se résume dans les termes suivants : les personnes vivant dans la pauvreté sont exclues du processus de gestion de politiques qui assurent le bien-être social et économique. Cette exclusion se reflète dans les problèmes de santé et de société, dans les lacunes scolaires et dans la pauvreté accrue. L'augmentation du nombre de personnes marginalisées fait que celles-ci éprouvent des problèmes de santé et de bien-être. Cette hausse touche aussi l'ensemble de la société.

Dans le processus qui nous a menés à la réalisation de ce document, nous avons d'abord examiné comment la pauvreté influe sur la vie des enfants pour ensuite nous pencher sur les familles de ces enfants. La recherche indique clairement que les familles dirigées par des femmes sont plus susceptibles d'être pauvres que les familles menées par des hommes. La pauvreté des enfants a donc été identifiée comme une extension de la pauvreté des femmes et est venue à être définie comme « l'exclusion économique et sociale »³.

La pauvreté

La pauvreté est un déterminant clé des problèmes de santé, et près d'un quart des enfants de la Nouvelle-Écosse résident dans des familles dont le revenu total est sous le seuil de la pauvreté, soit 20 999 \$. La plupart des familles monoparentales sont dirigées par des femmes et le taux de familles monoparentales vivant dans la pauvreté excède de beaucoup celui des familles dirigées par deux parents. (À l'Î.-P.-É., le taux de pauvreté chez les familles biparentales en 1995 était de 8,6 %, alors qu'il s'élevait à 60,0 % chez les familles dirigées par des mères monoparentales. En Nouvelle-Écosse, le taux chez les familles biparentales étaient de 11,7 %, alors que le taux chez les familles de mères monoparentales était de 73,6 %⁴.) Présentement, dans les provinces de l'Atlantique, le nombre de familles dirigées par des mères monoparentales augmente⁵.

En dépit du fait que les Nations Unies a placé le Canada au premier rang parmi tous les pays du monde sur le plan du développement humain, l'écart économique entre les riches et les pauvres croît continuellement dans notre pays, plaçant les enfants canadiens dans une position de plus en plus vulnérable. Les enfants qui affichent des problèmes de santé ou qui souffrent de problèmes de développement peuvent devenir des adultes malades et souvent pauvres.

Pour la première fois au Canada, des preuves statistiques abondantes et convaincantes démontrent que le revenu familial exerce un effet important sur le bien-être d'un enfant. Les données indiquent que plus le revenu est élevé, plus l'enfant aura la possibilité de développer son plein potentiel⁶. (Trad.)

Les enfants de familles à faible revenu sont plus souvent nés avec un poids inférieur à la norme que les enfants nés dans des foyers de classes moyenne et favorisée. L'occurrence d'un faible poids à la naissance est liée aux troubles de santé et d'apprentissage et aux problèmes sociaux qui se manifestent plus tard⁷. Par conséquent, pour beaucoup de gens, le cycle de la pauvreté se perpétue de la façon suivante : la naissance d'un bébé de faible poids dans un foyer pauvre et probablement dirigé par une mère monoparentale, suivie de problèmes scolaires et sociaux qui, eux, mènent une fois de plus à la pauvreté.

Une nutrition déficiente et une mauvaise santé sont plus susceptibles de provoquer des problèmes d'assiduité et de concentration à l'école, ce qui marginalise davantage l'enfant. Selon les statistiques, les enfants pauvres sont plus susceptibles de décrocher puisqu'ils accumulent les retards scolaires. Cela est exacerbé par la nécessité de travailler, du moins à temps partiel, au fur et à mesure qu'ils avancent en âge. Leurs droits en matière d'éducation et de santé sont inviolables, mais un enfant sur quatre voit ces droits violés quotidiennement⁸. (Trad.)

À la base, l'appauvrissement entraîne l'exclusion et le retrait de droits en raison de l'appartenance à une classe sociale et économique⁹. De plus, la pauvreté exerce une influence bidirectionnelle. Les personnes qui bénéficient d'un accès limité aux revenus et aux ressources sont moins en santé, ont moins de possibilités sur le plan scolaire, vivent plus d'isolement social et ont moins de possibilités de développement au cours de leur petite enfance. De même, les gens qui sont en moins bonne santé, qui sont moins scolarisés, qui sont socialement isolés et qui ne peuvent se développer pendant la petite enfance sont plus susceptibles d'être pauvres ou de le devenir¹⁰.

Au-delà de la pauvreté absolue, laquelle est définie selon la notion de subsistance physique (les ressources économiques pour se procurer la nourriture, le logement et les vêtements nécessaires pour assurer son bien-être physique), il y a la pauvreté relative, l'absence de ressources économiques requises permettant de participer dignement à la société. Les personnes qui dépendent des programmes d'assistance sociale et d'un emploi rémunéré au salaire minimum vivent de façon relativement pauvre et sont souvent exclues des activités et des services considérés comme « normaux » dans la société canadienne, tels les transports, les soins dentaires, les médicaments de prescription, les lunettes, l'éducation, l'assurance et les loisirs.

L'inégalité

Un corpus croissant de documentation indique qu'il existe une relation entre les inégalités sur le plan du revenu et l'état de santé et suggère que les politiques gérant l'assistance sociale et le salaire minimum, fondées sur une définition absolue de la pauvreté, manquent de perspective. La notion de pauvreté relative inclut le dénuement matériel et social et préconise que la pauvreté est intrinsèquement liée à une distribution inégale du revenu¹¹.

La pauvreté frappe les gens de toute dimension et de toute couleur, et elle n'est pas distribué de façon égale. Les autochtones, les Néo-Écossais d'origine africaine, les réfugiés, les immigrants, les handicapés et les femmes sont plus exposés à la pauvreté, selon les statistiques... le visage de la pauvreté est complexe. L'étude et la compréhension de cette question entraîne nécessairement l'obligation de régler les questions de race, de classe, d'appartenance sexuelle, de handicap et d'appartenance ethnique¹². (Trad.)

Sur le plan de la santé, par exemple, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) souligne que les 750 000 autochtones du Canada sont plus à risque en ce qui a trait à la tuberculose, le diabète, le suicide, les décès par acte violent et les maladies et blessures causées par l'alcool que la population générale. L'OMS constate que bien que les Premières Nations du Canada bénéficient d'une certaine autonomie politique, leurs membres continuent d'occuper une position très marginale au sein des institutions politiques, économiques, sociales et culturelles du pays, et cet état de fait exerce un effet direct sur leur état de santé¹³.

L'introduction, en 1995, du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) par le gouvernement du Canada a initié « un changement fondamental en ce qui a trait à la gestion et au financement des programmes sociaux... un changement qui aura un impact important sur la vie des femmes »¹⁴. De plus, une étude récente affichant les tendances relatives aux revenus marchands des familles canadiennes ayant des enfants de moins de 18 ans révèle des anomalies croissantes :

En 1973, les familles faisant partie des 10 % les plus favorisées bénéficiaient d'un revenu moyen qui était 21 fois supérieur à celui des 10 % au bas de l'échelle ... En 1996, les 10 % les plus favorisées gagnaient 314 fois plus que les familles faisant partie des 10 % du bas de l'échelle¹⁵. (Trad.)

Les coûts de l'exclusion sociale

Bien que l'exclusion sociale et la pauvreté chez les femmes et les enfants constituent des questions d'ordre moral, les discussions qui sont en cours présentement abordent ces thèmes comme des questions économiques. Des compressions ont été infligées aux programmes sociaux dans le but de réduire le déficit du pays. Il est donc vital, lorsque l'on aborde le sujet de l'exclusion sociale, de parler d'acquis sociaux, d'investissement dans la sphère sociale, des coûts sociaux et économiques et d'intervention précoce destinés à réduire les coûts dans le domaine de la santé et des problèmes sociaux.

L'exclusion sociale comporte de véritables coûts, lesquels font le contrepoint à toute épargne apparente que peuvent susciter à court terme les compressions dans les programmes sociaux. Des enfants et des adultes économiquement et socialement marginalisés peuvent éprouver des problèmes de développement de soi et de l'identité, être disfonctionnels sur le plan des relations, vivre des échecs à l'école et au travail, et avoir des comportements agressifs et même criminels. Ils peuvent être impliqués dans des actes de violence à l'école ou dans leur communauté et sont sujets au suicide. Des échecs sur le plan des relations interpersonnelles, à l'école et au travail, et l'incarcération entraînent un gaspillage humain et économique qui n'en finit plus. « La marginalisation augmente chez ces gens la possibilité de vivre dans la pauvreté, et ce bien malgré eux¹⁶. »

L'économie canadienne dépend du bien-être social. Si le bien-être de nos enfants se détériore, notre future économie se détériorera aussi.

Le progrès économique ne sera pas engendré par une population malade, peu scolarisée, peu motivée et socialement fragmentée. Il est possible que la réduction des dépenses gouvernementales et de la main d'œuvre puisse améliorer l'état des finances aujourd'hui, mais ces mesures sèment les graines qui généreront des coûts à long terme¹⁷.
(Trad.)

La dimension universelle des programmes sociaux du Canada a disparu. Selon des estimés, d'ici l'an 2015, le gouvernement fédéral ne transférera plus de fonds aux provinces. Au lieu de cela, on calculera des points d'impôt pour les provinces et les normes deviendront floues. L'idéologie qui avait engendré les programmes sociaux formant le filet de sécurité sociale du Canada est maintenant disparue¹⁸.

Une pauvreté accrue combinée à l'érosion des programmes sociaux et l'exclusion d'un plus grand nombre de personnes des programmes publics infligent de nouvelles pressions sur les systèmes de santé et les systèmes sociaux non gouvernementaux et sur les communautés et les bénévoles qui, maintenant, doivent fournir une aide jadis dispensée par le gouvernement.

Dans le cadre de ce scénario, le filet de sécurité sociale est réduit à néant... De nouveaux bassins de pauvreté se manifestent chez les jeunes familles, et cette pauvreté engendre la criminalité et d'autres pathologies sociales que les gouvernements doivent enrayer en augmentant les budgets pour contrer le crime, protéger la propriété et combattre le racisme. Ceci n'est pas une voie que les Canadiens choisiraient délibérément, mais un tel scénario pourrait se réaliser par défaut en raison d'une absence de consensus et / ou de volonté politique¹⁹. (Trad.)

Le Contexte

Les programmes sociaux du Canada

Dans les années 30 et 40, le Canada établissait les fondements d'un réseau de programmes sociaux parrainés par le gouvernement fédéral. Ce réseau a été graduellement mis en place au cours des trois décennies qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale. Les programmes ont été conçus en fonction d'un modèle

familiale spécifique, celui selon lequel l'homme est le soutien financier et la femme est responsable du foyer. Ce modèle désavantageait les femmes célibataires ou divorcées et les foyers dirigées par celles-ci, tout en dévaluant sérieusement le travail des femmes. Depuis la fin des années 70, aucun nouveau programme national n'a été ajouté, à l'exception de ceux créés par la fusion (et la réduction) de programmes déjà établis. En réponse à une dette et un déficit croissants, le gouvernement a réduit les budgets pour les programmes sociaux plutôt que d'augmenter les revenus au moyen d'une réforme fiscale²⁰.

Tout à coup [dans les années 80], les concepts tels que le salaire minimum, les prestations de retraite garanties, l'aide sociale et les contrôles environnementaux sont devenus les cibles d'attaques lorsque des groupes du monde des affaires, des comptables, des gestionnaires professionnels et des avocats commerciaux s'en sont pris aux « contraintes administratives » gouvernementales qu'ils dénonçaient comme un obstacle à la croissance économique dont le pays devait supposément jouir²¹. (Trad.)

La restructuration

Maureen Baker, du Social Policy Research Centre, souligne qu'au cours des dernières années au Canada, l'admissibilité aux programmes est de plus en plus conditionnelle à la volonté du bénéficiaire d'acquiescer de nouvelles formations, de chercher de l'emploi rémunéré et de réintégrer le marché du travail. Depuis 1984, les prestations pour enfants ont été la cible de la restructuration. L'allocation familiale universelle, établie en 1945 pour les familles ayant des enfants et remise mensuellement aux mères, était, selon le gouvernement, devenue trop onéreuse et ne correspondait plus vraiment à un besoin. En 1993, les trois prestations pour enfants alors en vigueur devinrent la prestation fiscale pour enfants, qui allait être gérée par le ministère des Impôts plutôt que par l'ancien ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Le Canada n'offre plus de prestation *universelle* pour les familles avec enfants à charge²².

Des changements à l'assurance-chômage ont aussi pris la tangente de l'exclusion plutôt que d'inclure ceux et celles qui sont dans le besoin. L'admissibilité à l'assurance-chômage est devenue plus difficile dans les années 80, et déjà, en 1990, 23 % des travailleurs et travailleuses au chômage n'étaient pas éligibles à l'assurance-chômage. En 1996, ce chiffre avait grimpé à près de 50 %, puisqu'un nombre croissant de personnes ne répondaient pas aux critères d'inclusion. En 1996, l'assurance-chômage a été rebaptisée Emploi et assurance. Dorénavant, l'accent n'était plus mis sur le chômage structurel et la création d'emploi mais plutôt sur les caractéristiques personnelles influant sur « l'employabilité ». La durée des prestations a été réduite et les travailleurs et travailleuses occupant des poste à temps plein toute l'année avaient une période d'attente inférieure à celle assignée aux personnes qui étaient des nouveaux venus sur le marché du travail ou aux gens qui avaient régulièrement recours à l'assurance-chômage. La contribution de l'employeur ne s'applique pas pour les travailleuses et travailleurs contractuels, une politique qui favorise la tendance actuelle chez les employeurs de réduire les effectifs travaillant à temps plein ou à temps partiel pour les remplacer par des contractuels. De plus, le nouveau système selon lequel l'admissibilité est définie selon les heures plutôt que les semaines de travail avantage ceux qui font des heures supplémentaires plutôt que les travailleurs et travailleuses à temps partiel²³.

Plus de Canadiens et Canadiennes occupent maintenant des emplois temporaires et faiblement rémunérés ou des emplois « non standards », et un plus haut taux de la population vit des périodes de chômage au cours de leur vie productive.

Puisque les femmes exécutent la plus grande part du travail ménager et bénévole, leur contribution importante à la production générale et au bien-être économique est terriblement sous-estimée par les instances économiques majeures²⁴. (Trad.)

Le travail similaire à celui qui est traditionnellement fait gratuitement dans les foyers est particulièrement peu rémunéré dans l'économie de marché. Les femmes néo-écossaises qui travaillent à temps plein touchent encore 66 cents pour chaque dollars touchés par un travailleur masculin et la loi dévalue encore le travail qui est semblable à celui exécuté au foyer. Selon le Code des normes du travail de 1972 de la Nouvelle-Écosse, lequel a été révisé en 1991, les travailleuses et travailleurs œuvrant dans le domaine des services domestiques et travaillant moins de 24 heures par semaine ne sont pas protégés par les lois sur le salaire minimum²⁵.

Des changements aux conditions d'admissibilité à l'assurance-chômage signifient que maintenant, les travailleurs et travailleuses à temps partiel, notamment ceux et celles travaillant moins de 25 heures par semaine, doivent travailler pendant une plus grande période pour avoir droit aux prestations. Ceci comporte des conséquences disproportionnées pour les femmes qui travaillent moins d'heures parce qu'elles prennent soin des enfants et de la maison. Dans la même veine, les contributions au Régime de pension du Canada et les prestations sont fondées sur le travail rémunéré, ce qui fait que les femmes liées à l'économie domestique non rémunérée ne bénéficient pas d'une sécurité suffisante pour leur vieux jours. En Nouvelle-Écosse, 47 % des femmes vivant seules et âgées de plus de 65 ans vivent sous le seuil de la pauvreté, comparativement à 8 % des femmes âgées vivant dans des familles²⁶.

Pour terminer, le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC), une entente de partage des coûts établie entre le fédéral et les provinces, a été remplacé en 1996 par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), un nouvel arrangement de financement qui devait s'appliquer en matière d'assurance-maladie, d'aide sociale et d'enseignement supérieur. Le TCSPS effectuait des changements majeurs quant au financement de l'aide sociale. Sur le plan politique, les provinces peuvent maintenant décider librement de la répartition des subventions fédérales en matière de services sociaux. Sans les restrictions du financement imposées par l'ancien RAPC, les provinces peuvent effectuer des changements supplémentaires pour épargner de l'argent, tel que d'instaurer des programmes sociaux fondés sur l'obligation d'exécuter des services à la communauté ou de travailler à des emplois peu rémunérés plutôt que des programmes basés sur les besoins. Le gouvernement fédéral, par le biais du TCSPS, fait porter aux provinces le blâme des compressions en ce qui a trait aux programmes sociaux.

De plus, il est clair que le nouvel arrangement en matière de financement signifie qu'il y aura beaucoup moins d'argent provenant du fédéral pour les programmes sociaux, dans un contexte où le chômage et les besoins financiers augmentent²⁷. (Trad.)

Davantage d'emplois pour les femmes

Il est aussi évident que les changements effectués au chapitre des programmes sociaux et de l'économie, lesquels se sont multipliés dans les années 90, ont exacerbé la situation de crise chez les femmes et leurs enfants. Pour les Canadiennes, la diminution de la participation aux programmes sociaux comportent des conséquences dans l'immédiat et à long terme. Les femmes sont plus pauvres que les hommes et plus exposées à la violence conjugale. Elles sont plus susceptibles de prendre soin des enfants et des personnes âgées. Des entreprises privées fournissent de plus en plus des services de santé qui étaient antérieurement fournis par des instances publiques, tels que des services de laboratoires, de diagnostique, d'ambulance et de réadaptation. Au fil de la disparition de lits dans les hôpitaux, un nombre supérieur de patients ont besoin de services à domicile et de médicaments coûteux qui ne sont pas couverts par l'assurance-maladie²⁸.

Les intérêts en concurrence

Selon Baker, l'une des raisons qui expliquent pourquoi la loi sur le TCSPS a été si facilement adoptée est le fait que le gouvernement canadien a réduit l'opposition en lançant les groupes d'intérêts les uns contre les autres. Les provinces se disputaient le financement entre elles et étaient divisées quant à la question de la décentralisation du contrôle du programme et l'élimination de normes nationales au chapitre de l'aide sociale. Des organismes de services sociaux concurrençaient des hôpitaux et des universités, et tous souffraient des importantes baisses de financement qu'on leur avait imposées.

Dans notre argumentation concernant le besoin de collaboration et d'inclusion sociale, nous voulons souligner le besoin d'établir une collaboration intersectorielle entre les organismes gouvernementaux ainsi qu'entre le gouvernement et les communautés touchées. Si un processus de collaboration intersectorielle efficace avait été mis en place au moment où la loi sur le TCSPS avait été introduite, certaines des difficultés récentes auraient pu être évitées.

Les bénévoles

Maureen Baker soutient que la notion de collectivité et d'intérêt collectif est remplacée par l'idée que les citoyens et citoyennes sont des « consommateurs et consommatrices » individuels qui devraient se tourner vers des mécanismes non gouvernementaux pour obtenir du soutien, tel que la famille, la communauté et les organismes de bénévolat²⁹. Si tel est le cas, nous devons cerner les conséquences d'un tel virage sur les personnes qui, maintenant, doivent ramasser le fardeau déposé par les instances gouvernementales. Nous devons examiner la situation des bénévoles qui ne désirent pas nécessairement hériter de telles responsabilités.

La Nouvelle-Écosse est en tête en ce qui a trait au temps consacré par ses citoyens et citoyennes au travail communautaire et bénévole. Les femmes sont majoritaires parmi le corps de bénévoles (autant en Nouvelle-Écosse qu'à l'échelle du Canada)³⁰.

L'index de progrès réel

En Nouvelle-Écosse, Ronald Colman, de GPI Atlantic, est en voie de développer l'Index de progrès réel, un projet pilote national commandé par Statistique Canada. Le GPI attribue aux ressources naturelles une valeur précise contre laquelle il mesure et évalue le travail bénévole et domestique non rémunéré. Il place dans la catégorie des coûts économiques les actes criminels, la pollution, les émissions de gaz à effet de serre, les accidents de route et d'autres atteintes au bien-être. (Par contraste, le produit intérieur brut (PIB) considère le crime, le jeu, la pollution et d'autres activités comme des éléments de croissance économique, bien que ceux-ci réduisent notre qualité de vie.)

Contrairement au PIB, l'index de progrès réel fait la distinction entre les activités économiques qui sont bénéfiques et celles qui causent du tort. Il identifie les secteurs de l'économie qui ne doivent pas croître, tels le crime et l'appauvrissement des ressources. L'index de progrès réel est à la hausse lorsque la société jouit d'une plus grande équité, quand les gens ont davantage de temps libre et que leur qualité de vie s'améliore. Il tente de mesurer les facteurs qui font que la vie vaut la peine d'être vécue. Tel que Colman le souligne, nous comptabilisons ce qui est précieux pour nous. Si nous n'intégrons pas dans notre calcul les acquis non monétaires et non matériels, cela signifie que nous les écartons et que nous leur accordons aucune valeur. Et ce que nous ne mesurons pas pour notre système de comptabilité centrale ne se rendra pas aux tribunes décisionnelles³¹.

L'apport des bénévoles

Selon l'Index de progrès réel, les Néo-Écossais et Néo-Écossaises ont contribué 134 millions d'heures de travail communautaire et bénévole en 1997, prenant soin de leur environnement et contribuant au bien-être de la société et des communautés locales. Leur travail valait, pour l'économie de la Nouvelle-Écosse, 2 millions \$, soit l'équivalent de 81 000 emplois et près de 10 % du PIB. Toutefois, il demeure non mesuré et non identifié et ne figure dans aucune comptabilisation économique provinciale. La contribution en travail bénévole se chiffrait en moyenne à 2500 \$ par adulte néo-écossais et à 3400 \$ pour chaque bénévole de la province. De plus, pour effectuer leur travail, les bénévoles ont dû déboursier de leur poche 128 \$ en frais non remboursés³².

Toutefois, une augmentation des contraintes économiques pourraient forcer ces gens à effectuer plus d'heures de travail rémunéré, au dépens de leur travail bénévole.

Nous devons souligner une fois de plus que le travail bénévole dont nous dépendons tant en Nouvelle-Écosse ne peut être pris pour acquis. Une surcharge de travail et des contraintes de temps peuvent facilement mener à la disparition du temps requis pour les activités bénévoles... De plus, au fil du temps et de façon subtile, des valeurs matérialistes et des pressions économiques croissantes, ainsi que la nécessité de veiller à ses propres besoins et de se concentrer sur la survie de son foyer peuvent miner le travail bénévole et affaiblir la société civile³³. (Trad.)

Le rôle du gouvernement fédéral dans les programmes sociaux du Canada, qui s'était accru dans les années 40 à 70, diminue au fur et à mesure que les programmes sont réduits, éliminés, privatisés ou que le fardeau est remis aux communautés et aux bénévoles. Toutefois, il semble peu probable que le secteur bénévole puisse répondre aux besoins qui ne sont plus couverts par les programmes sociaux canadiens, et les personnes exclues se sentiront davantage écartées lorsqu'on ne répondra plus à leurs besoins.

La vie au Canada est présentement en proie à une profonde dissonance. Ce que le public canadien signale à travers les sondages comme des questions urgentes et comme des priorités importantes est rarement intégré dans le discours public national. Le sondage Ekos, effectué récemment (1997), confirmait que les Canadiens et Canadiennes sont profondément préoccupés par la croissance des disparités sociales au sein du pays. L'acheminement éclairé d'investissements publics pour contrer des problèmes sociaux critiques tels la pauvreté infantile et le chômage chez les jeunes, et favoriser les soins de santé et l'éducation constitue une priorité nationale claire. La réduction générale des impôts est beaucoup moins prioritaire, un résultat qui correspond aux autres sondages réalisés l'an dernier³⁴. (Trad.)

Au fil de l'augmentation des disparités économiques et sociales, le gouvernement délaisse son rôle en faveur d'une décentralisation, de la réduction du déficit et du partage de pouvoir avec les provinces et les intérêts privés.

Les mythes et les conceptions erronées

Au Nouveau-Brunswick, Claude Snow dénonce le fait que les attaques récentes infligées aux programmes sociaux soutenus par l'État sont souvent fondées sur des mythes dangereux à l'effet que les individus ont la capacité de résoudre leurs propres problèmes. Il souligne que la responsabilité sociale est non seulement à la baisse mais se veut discrète, comme si l'État n'avait plus besoin d'intervenir directement puisqu'on s'attend à ce que les communautés s'autorégulent et règlent leurs propres problèmes. « Plutôt que d'occuper un rôle de premier plan, l'État est devenu une sorte de préposé aux sinistres de dernier recours³⁵.

Le vrai mythe en Nouvelle-Écosse est celui de l'époque où les familles et les communautés prenaient soin des personnes dans le besoin, et la manifestation la plus convainquante de ce mythe est la terrible institution que l'on appelle les Maisons des pauvres et qui a persisté dans la province de 1758 à 1958. George Davidson, directeur général du Conseil canadien de développement social, a visité les Maisons des pauvres de la province en 1945. Il rapportait que les pires maisons étaient

... sombres et lugubres. Il y règne une odeur nauséabonde et elles sont tellement sales que le visiteur est pris d'une envie de vomir. Ce que vivent les pauvres et misérables créatures qui sont condamnées à y vivre pour la plus grande partie de leur vie est absolument inimaginable³⁶.
(Trad.)

Les Maisons des pauvres étaient un dernier recours mais le fait qu'elles étaient presque toujours remplies contredit toute notion d'un passé romantique où la famille et la communauté prenaient soin des leurs³⁷.

Snow souligne que les nouvelles valeurs sont partiellement fondées sur des principes qui sont souvent aussi des mythes. Parmi ceux-ci, il y a celui de l'entreprise privée qui doit demeurer lucrative et concurrentielle, à défaut de quoi il n'y aura plus d'argent pour les programmes sociaux. Des compressions imposées au budget social sont justifiées par le mythe selon lequel les programmes sociaux entraînent une surdépense et coûtent moins cher lorsqu'ils sont transférés au secteur privé.

Un autre mythe est celui selon lequel la collaboration, la chaleur humaine, la vie familiale et l'esprit communautaire peuvent remplacer les programmes sociaux traditionnels. Selon Snow, le gouvernement tente de mettre en place une nouvelle mentalité selon laquelle l'esprit communautaire est perçu comme une réponse aux problèmes sociaux. Si les citoyens et citoyennes doivent assumer la responsabilité du bien-être collectif de leurs concitoyens et concitoyennes, il n'y a plus raison de développer des programmes de sécurité sociale.

Une autre idée fautive est celle que les gens sont absolument heureux de contribuer leur temps et leurs énergies à régler des problèmes sociaux, ce qui n'est vrai que dans certains cas.

On voudrait nous faire croire qu'il existe des groupes de services locaux qui sont prêts à parrainer des activités tels que des cours d'alphabétisation, qu'il y a des entreprises disposées à faire des dons parce qu'elles veulent contribuer à solutionner les problèmes sociaux et qu'il y a des réseaux de soutien auxquels les gens peuvent se joindre pour obtenir de l'aide³⁸. (Trad.)

Les défis

Les défis auxquels la péninsule acadienne de Snow doit faire face se présentent aussi dans les régions rurales de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard, où l'isolement, les problèmes de transport et l'exode de la population s'ajoutent aux iniquités infligées aux pauvres qui vivent plus près des centres urbains. Les besoins diffèrent d'une communauté à l'autre et d'une famille à l'autre, et les programmes doivent être adaptés pour répondre aux besoins des gens. La question est la suivante : Comment créer des programmes sociaux qui assurent une équité en matière de possibilités, peu importe l'endroit où ils vivent ou leurs capacités économiques?

Les avertissements émis par Colman et Snow sont importants. Les bénévoles et les groupes communautaires doivent déterminer si les retombées positives de tout projet qu'on leur demande d'entreprendre excèdent les coûts qu'ils auront à payer en terme de temps et d'énergie. De plus, ils doivent exiger l'inclusion dans le processus de planification et de prise de décision aussi bien que dans la formation, la valorisation du potentiel et le soutien continu, une fois le projet terminé. Les décisionnaires doivent s'assurer que ce qu'on demande aux communautés contribue au bien-être de la communauté de façon démontrable, que tous les secteurs de la communauté soient inclus dans la planification et la prise de décision et qu'il y ait en place un mécanisme de soutien continu et de suivi une fois le projet réalisé.

De plus, la prise de décision intégrée favorisant la mise en commun de diverses connaissances et compétences importe plus que jamais, dans un contexte où les Canadiens et Canadiennes sont aux prises avec des problèmes de plus en plus

complexes en ce qui a trait à leur besoins sociaux, économiques et environnementaux. Les Canadiens et Canadiennes exigent de prendre part aux décisions qui les touchent directement ou qui concernent leurs milieux de vie. Les organismes constatent qu'ils doivent trouver des solutions créatives aux problèmes qu'ils doivent affronter, et ce avec moins de ressources. Ils reconnaissent que les causes premières de leurs différents problèmes sont les mêmes. Le temps est venu de collaborer.

La collaboration

La défense du principe de la collaboration

Le Groupe de travail appuie le principe selon lequel la collaboration constitue une stratégie clé dans la démarche de l'inclusion, et la définition de la notion de collaboration a fait l'objet de nombreuses discussions. Dans le cadre de ce document, la collaboration est définie comme une relation mutuellement bénéfique et bien articulée entamée par deux ou plusieurs individus, groupes, organismes, agences, départements ou autres. La collaboration vise à favoriser l'atteinte de résultats, laquelle se fait plus facilement en agissant de façon collective plutôt que séparément. Il y a collaboration lorsque les gens travaillent ensemble pour atteindre un but.

La collaboration se distingue de la coopération du fait que les collaborateurs et collaboratrices mettent de côté la notion de territoire institutionnelle et tentent de créer quelque chose qui diffère et excède les composantes individuelles. Des secteurs, des organismes et des communautés individuelles peuvent travailler ensemble et contribuer leurs forces individuelles pour atteindre un but commun. Ce principe va au-delà de la consultation, qui, souvent, donne lieu à des situations où on ne tient pas compte du point de vue des consultés au moment de la prise de décision³⁹.

Les agences et les organismes qui travaillent en collaboration adoptent une nouvelle position selon laquelle il y a une mise en commun des forces qui permet de réaliser des gains supérieurs à ceux qui sont acquis dans une situation où les forces ne sont utilisées que pour promouvoir ses intérêts personnels ou pour protéger son territoire. Toutefois, la collaboration est réussie lorsqu'elle est choisie plutôt qu'imposée, et pour que cette option soit choisie, les collaboratrices et collaborateurs potentiels doivent cerner clairement les bénéfices qui peuvent en découler.

Dans une dynamique de collaboration, il y a un partage de pouvoir et une mise en commun des ressources. Les collaborateurs et collaboratrices cherchent les points communs tout en comprenant et en respectant les différences. Ils ou elles reconnaissent les déséquilibres de pouvoir et les négocient. Le contrôle du processus est partagé et les collaborateurs et collaboratrices codéterminent ou négocient leur contribution et les gains qu'ils ou elles retireront de cette collaboration. Par conséquent, ce qui est importe, c'est que toutes les parties concernées soient à la table des négociations et que tous ceux et celles qui sont touchés par les résultats d'une décision participent au processus. Bref, qu'il y ait un processus d'inclusion réelle.

Une action intersectorielle visant la santé de la population

Une approche fondée sur des bases élargies nécessite une collaboration à tous les niveaux. Autant le public que les professionnels de la santé doivent comprendre que les soins de santé ont un impact limité sur l'état de santé. Le protectionnisme institutionnel et le refus de céder le pouvoir mine la collaboration. Il faut surmonter l'inertie organisationnelle, les contraintes du processus budgétaires et les différences de style organisationnel⁴⁰.

Le rapport de Marc Lalonde sur la santé des Canadiens et Canadiennes, publié en 1974, soulignait le besoin de procéder à des actions intersectorielles. Les juridictions canadiennes ont reconnu que le secteur de la santé doit travailler en partenariat avec d'autres instances pour améliorer la santé des Canadiens et Canadiennes. Le concept reconnaît le fait que plus on intervient tôt, plus les bénéfices sont grands pour la santé d'un individu.

La plupart des services de santé sont administrés au moment où la personne est déjà malade et dans la plupart des cas, la « médecine préventive » consiste à examiner la personne et faire du dépistage précoce de maladies qui sont déjà présentes. Très peu de services de santé sont axés sur la prévention des maladies avant leur apparition ... et malheureusement, ces services ne sont pas particulièrement efficaces. On reconnaît de plus en plus le fait que les problèmes sociaux les plus complexes exigent l'adoption d'une approche intersectorielle⁴¹. (Trad.)

Selon le Rapport du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population de 1999, ce qui distingue l'action intersectorielle des autres processus est l'intention explicite des participants et participantes de différents secteurs et différents niveaux d'un secteur particulier d'aborder un objectif commun. Les organismes de santé publique ont acquis une crédibilité importante en tant qu'initiateurs d'actions intersectorielles, et aussi en tant qu'intervenants et participants, surtout à l'échelle locale. Il n'y a « aucun doute que l'action intersectorielle dans le domaine de la santé est efficace » et que d'importants bénéfices potentiels peuvent être générés en adoptant, appuyant et soutenant une approche fondée sur l'action intersectorielle. L'Initiative de lutte contre la violence familiale fournit un exemple de cette approche⁴².

Un exemple : l'Initiative de lutte contre la violence familiale

Santé Canada chapeautait la deuxième Initiative de lutte contre la violence familiale multiministérielle qui a débuté en 1991. La Division de la prévention de la violence familiale était responsable de la coordination des efforts de sept ministères et organismes, lesquels ont partagé un financement de 136 millions \$ sur une période de quatre ans. Huit autres ministères et organismes participaient aussi à l'Initiative en tant que membres non subventionnés. Des dizaines de groupes communautaires, d'organisations non gouvernementales, de chercheurs et chercheuses universitaires et de services gouvernementaux provinciaux et territoriaux ont travaillé ensemble pour développer, mettre en place et évaluer un grand éventail de projets qui devaient mener à comprendre davantage la nature de la violence familiale et aborder cette problématique de façon efficace par le biais de politiques pertinentes à tous les niveaux.

Un document de travail et une rétroaction, un Forum national sur la violence familiale et deux sessions de consultations sont venu appuyer l'Initiative. Les consultations se sont poursuivies pendant les quatre années que dura l'Initiative (incluant le travail du Comité canadien sur la violence faite aux femmes, lequel a recueilli les témoignages de 4000 femmes provenant de 139 communautés réparties dans tout le pays). Plus de 3000 projets soutenus par six ministères ont été financés. De plus, des mécanismes spécifiques ont été créés pour assurer un encadrement continu provenant du terrain, soit des comités, des groupes communautaires, des organismes de défense des droits, des chercheurs et chercheuses et des décisionnaires. La Division de la prévention de la violence familiale de Santé Canada a mis sur pied des groupes de réflexion sur les politiques, lesquels étaient composés d'experts, d'expertes et de porte-parole choisis pour leur leadership en matière de certains aspects de la violence familiale.

Les projets qui recherchaient un financement auprès d'Initiative devaient avoir des assises communautaires et les usagères et usagers ainsi que les consommatrices et consommateurs ou les personnes touchées par le projet devaient participer de façon importante à la création et à la mise en œuvre d'un projet. Autant que possible, les projets devaient refléter une orientation holistique et multidisciplinaire ou intersectorielle, mettant en valeur le fait que le problème de la violence familiale se trouve dans toutes les couches de la société.

L'Initiative était conçue pour assurer l'inclusion des voix des couches marginalisées de la population, dont les nations autochtones, les résidents et résidentes des régions éloignées et rurales, les membres de minorités ethniques et culturelles et les gens atteints de handicaps. La nature collaborative et multisectorielle des projets a favorisé la diffusion des résultats et augmenté les possibilités de renouvellement une fois le projet original achevé.

De plus, l'activité de réseautage et de collaboration à l'échelle fédérale était importante, puisqu'un total de quinze ministères et organismes participaient à la planification, à la coordination et au partage de l'information concernant toute l'Initiative. Plusieurs comités et groupes de travail interministériels ont été mis sur pied pour assurer la circulation de l'information entre les programmes et favoriser la fécondation réciproque. Aussi, dans le cadre de plusieurs projets, deux ou trois ministères fédéraux sinon plus devaient se partager le financement.

Nous ... sommes d'avis que cette caractéristique des projets subventionnés a poussé le concept de partenariat au-delà du cliché politique. Ces partenariats ont vraiment généré des collaborations importantes, non seulement au sein d'un éventail de professions mais aussi entre les différents paliers gouvernementaux et aussi entre les militants gouvernementaux et non gouvernementaux⁴³. (Trad.)

L'Initiative actuelle de lutte contre la violence familiale a reçu des fonds en décembre 1997, faisant suite aux Initiatives antérieures de 1988-1992 et 1991-1995. Elle est composée de projets du gouvernement fédéral réalisés à l'aide de nouvelles ressources et d'autres programmes menés à l'aide de ressources existantes provenant de ministères ou d'organismes. L'Initiative s'appuie sur des partenariats menés avec les provinces, les territoires, les Premières nations, les gouvernements locaux, les organismes non gouvernementaux et le secteur privé.

L'Initiative identifie l'information concernant le développement de politiques et la diffuse au public par le biais du Centre national sur la violence dans la famille. Elle offre au gouvernement fédéral une plate-forme à partir de laquelle il peut réagir de façon intégrée aux questions sur la violence familiale. L'Initiative a développé un cadre de travail en ce qui a trait à l'imputabilité, lequel a été approuvé par tous les ministères, les agences et les sociétés d'État. Comme c'est le cas pour d'autres problèmes sociaux à long terme, nous ne pouvons nous attendre à ce que les résultats soient instantanés. Toutefois, plusieurs programmes initialement financés par les versions antérieures ont été à un tel point appréciés par les provinces que celles-ci en ont assumé le financement une fois que les fonds d'Initiative furent écoulés.

Toutefois, bien que la liste des changements qui ont été progressivement apportés aux politiques et aux programmes soit longue et que des milliers de femmes, d'enfants et d'ainé(e)s en ont récolté les bienfaits, le nombre de personnes ayant besoin d'être protégées contre la violence n'a pas diminué et l'étendue de cette violence semble augmenter. Concernant la région de l'Atlantique, une analyse de la violence familiale indiquait clairement que les approches efficaces en matière d'intervention doivent favoriser la compréhension des dynamiques sociales, culturelles et historique de la violence familiale, et que la collaboration est essentielle. C'est par secteur que les systèmes et les services gouvernementaux ont été davantage développés et que les spécialisations ont été poussées, avec peu de travail sectoriel. Cette état de fait mène à des conflits territoriaux et à une déresponsabilisation, alors que les communautés sont devenues dépendantes des ressources de l'État et du leadership gouvernemental.

... les gouvernements, les entreprises et les communautés doivent identifier les obstacles qui nuisent à la collaboration et acquérir de nouvelles compétences qui leur permettront de travailler ensemble et de partager des ressources en vue d'un projet commun, celui de prévenir la violence familiale⁴⁴. (Trad.)

La collaboration en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard

On compte un certain nombre d'exemples d'efforts de collaboration en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, projets qui démontrent que la collaboration peut contribuer à améliorer de façon significative l'intégration des groupes marginalisés. Or, même si de tels projets se sont avérés une réussite sur le plan communautaire, l'influence réelle qu'ils ont eu sur les politiques demeure une question ouverte.

Voici sept exemples de collaboration : le *Feminist for Just and Equitable Public Policy* (FemJEPP); le *Women's Reference Group* de la Commission de mise en valeur de la main d'œuvre de la Nouvelle-Écosse; le *Greighton Gerrish Development Initiative*; le projet *People Assessing their Health* (PATH) et le *PATH People's School*; le groupe *Taking Control and Making Changes* (TCMC) et l'association *Kids First*; les projets *Women Influencing Healthy Public Policy on P.E.I.*; et *Community Voices in Health Reform* (VOICES). L'intérêt de ces exemples réside dans le fait que bien que chaque projet se soit avéré une réussite, aucun n'a contribué de manière significative à transformer les politiques. Ils offrent des approches variées, sont ancrés en milieux rural et urbain, allient les intérêts et les compétences des

établissements universitaires, des agences gouvernementales et des communautés et prônent le principe de valorisation du potentiel de la communauté.

Chaque projet est décrit brièvement et fait ensuite l'objet d'une analyse résumant quelles ont été ses réussites et ses limites. On peut obtenir des renseignements plus détaillés en consultant les références citées dans les notes de bas de page ou auprès du Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Maritimes.

Feminists for Just and Equitable Public Policy (FemJEPP)

FemJEPP est une coalition de groupes de femmes de la Nouvelle-Écosse qui œuvrent pour l'égalité. Son but est d'assurer la participation efficace et cohérente d'un spectre diversifié de femmes dans le processus d'élaboration de politiques plus équitables. Motivée par la nécessité de réagir à la crise secouant les programmes à l'intention des femmes, la création de FemJEPP remonte à mai 1998; l'idée avait germé une année plus tôt lors d'un congrès organisé conjointement par le *Women's Action Coalition* (WAC), le YWCA de Halifax et le *Women's Reference Group* (WRG) et appuyé par le Conseil consultatif sur la condition féminine de la Nouvelle-Écosse et Condition féminine Canada. Un comité de suivi a ensuite parrainé la mise sur pied d'un Forum stratégique sur les politiques, duquel découle le FemJEPP.

Réussites

Le FemJEPP a élaboré avec succès un éventail de structures, de processus et de stratégies qui ont haussé son efficacité dans le processus décisionnel entourant l'élaboration de politiques. La coalition a élargi son noyau d'adhérentes en recrutant des participantes de façon continue. Le FemJEPP a mis sur pied un dispositif interne efficace de consultation et de prise de décision qui arrivait à rallier des organisations communautaires variées vouées à l'égalité. Elle a participé à des consultations sur les politiques, certaines d'entre elles organisées par le gouvernement et d'autres, à sa propre initiative. Elle a mené récemment, en collaboration avec les centres de femmes CONNECT, une recherche portant sur la participation des femmes de la Nouvelle-Écosse dans le processus d'élaboration des politiques, organisé un atelier fondé sur les résultats et coordonné la participation de groupes de femmes provenant de tous les coins du Canada à un symposium sur l'égalité des sexes. C'est grâce à de telles initiatives, notamment, que FemJEPP a pu commencer à entretenir des rapports avec des chercheurs et chercheuses universitaires et à consolider ses liens avec des associations ainsi qu'avec des politiciens et politiciennes aspirant aux mêmes objectifs. En général, on a reconnu l'importance d'appliquer des pratiques et des processus décisionnels féministes et de transformer les relations personnelles en liens avec ces organismes, représentants et représentantes gouvernementaux et chercheurs et chercheuses.

Les participantes œuvrant au sein de FemJEPP et des associations qui l'ont précédée ont acquis un ensemble de connaissances et de compétences qui ont accru leur efficacité dans le processus d'élaboration des politiques. Le recrutement continu de nouvelles participantes, de même que la mise au point d'un dispositif féministe de prise de décision et de communication interne, ont été des éléments déterminants de la participation de la FemJEPP dans les sphères décisionnelles élargies. On a aussi reconnu l'importance de mettre en pratique ces pratiques

féministes dans les contacts avec les représentants d'autres organisations ou institutions telles que les gouvernements et les universités. Établir des liens personnalisés tant à l'extérieur de la FemJEPP qu'en son sein est considéré comme une valeur importante.

Limites

La FemJEPP est constamment rappelée aux obstacles qui continuent à rendre difficile la participation des femmes. L'isolement et la marginalisation sont causés par une variété de facteurs, incluant la charge de travail extrême de nombre de femmes de la Nouvelle-Écosse et l'inaccessibilité de ressources telles que le transport ou les technologies de la communication. Le sentiment d'isolement et de marginalisation s'est intensifié d'autant plus que les conseils et l'information fournis par les groupes de femmes sont restés lettre morte même lorsqu'il s'agissait d'une consultation organisée par le gouvernement. De plus, la leçon qu'a tiré la FemJEPP des dernières élections provinciales, c'est qu'il est nécessaire de connaître à fond toutes les sphères d'influence en matière d'élaboration des politiques et d'agir au sein de chacune d'elle⁴⁵. En réponse aux leçons générées par le changement de gouvernement, la FemJEPP a élargi sa démarche en menant systématiquement des études sur les effets du pouvoir et de l'influence en Nouvelle-Écosse, tout en développant des liens avec les politiciens ainsi qu'avec les fonctionnaires et un plus large éventail d'organismes et d'agences bénévoles.

Women's Reference Group, Commission de mise en valeur de la main d'œuvre de la Nouvelle-Écosse

Suite à l'annonce de la mise sur pied de la Commission canadienne de mise en valeur de la main d'œuvre en janvier 1991, des commissions furent établies au Québec, à Terre-Neuve, au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse. Les commissions ont créé un nouveau partenariat entre le secteur public et le secteur privé dans le but de répondre aux besoins en matière de formation et de développement des ressources humaines au Canada. Des commissions locales ont ensuite suivi. Leur rôle devait consister à stimuler de manière efficace le développement de la main d'œuvre et à susciter la collaboration entre les différents secteurs gouvernementaux et non-gouvernementaux du marché du travail, incluant le secteur privé, les syndicats, les groupes militant pour l'égalité et le secteur de l'éducation et de la formation.

Les lignes directrices encadrant la composition des commissions de développement de la main d'œuvre spécifiaient que les milieux d'affaires et la main d'œuvre devaient être également représentés, et qu'ensemble ils devaient former une majorité; un co-président ou une co-présidente devaient être choisis parmi les délégués de chacun des deux secteurs. Les commissions étaient représentatives dans la mesure où tous les partenaires du marché étaient des membres actifs et à part entière (les milieux d'affaires, la main d'œuvre, les femmes, les handicapés, les minorités visibles, les autochtones et le secteur de l'éducation et de la formation); chaque secteur devait être libre de choisir selon une démarche propre son représentant ou sa représentante. Au niveau local, les municipalités devaient également jouer un rôle important.

Le Conseil canadien pour la promotion des études chez la femme (CCPEF) a pris l'initiative d'organiser et d'animer le processus de sélection menant au choix d'une représentante nationale des femmes. En Nouvelle-Écosse, le CCPEF a mis sur pied un comité d'organisation et de travail. Celui-ci a cherché le financement nécessaire et a convoqué à maintes reprises les organisations de femmes de toute la province à des réunions visant à établir le processus de sélection de la représentante au futur Conseil de développement de la main d'œuvre de la Nouvelle-Écosse et à décider de la composition d'un *Women's Reference Group* provincial.

Réussites

Le WRG de la Nouvelle-Écosse a su mener avec succès les tâches de collecte et de diffusion de l'information dans toutes les régions d'où provenaient les membres. Le groupe a établi des liens de communication solides et efficaces à la fois au niveau du CDMO national et avec les associations et les groupes de femmes impliquées au niveaux provincial et national. Il a maintenu son objectif de bâtir un consensus et a cherché à recruter des membres au sein de toute la communauté féminine pour siéger aux comités et participer aux activités. Il a entretenu un rapport de collaboration étroit avec le CCPEF et a consolidé les liens de partenariat en faisant appel à plusieurs autres groupes de femmes pour l'organisation de réunions panprovinciales et pour élaborer des projets auprès de la population féminine dans son ensemble.

Le WRG s'est concentré sans relâche sur les questions touchant à la formation des travailleuses. Le groupe a soutenu sa déléguée dans son rôle exigeant « d'agente du changement » au sein du conseil et a mis sur pied à Halifax un sous-comité de travail pour appuyer ses efforts. Celle-ci s'est exprimée fermement en faveur du principe de représentativité et du processus démocratique au CDMO et a représenté avec force et conviction les intérêts des femmes en matière de formation.

Le travail accompli par le WRG de la Nouvelle-Écosse en matière de réseau, de communication et de partenariat continue à porter fruit; il se poursuit aux échelons provincial et local par le biais de groupes déjà en place, dont : le projet de développement économique et communautaire panprovincial *Counting Women In: Women for Economic Equality; Feminists for Just and Equitable Public Policy*, issu de *Standing up & Speaking Out: Women Reshaping the Public Policy Agenda* (voir FemJEPP ci-dessus); et le *Black Community Work Group* (voir la Creighton Gerrish Development Association plus loin). Il apparaît clairement que le WRG a apporté des retombées positives au sein de la communauté qu'il représente et qu'une utilisation efficace a été faite des ressources limitées dont il disposait. Il a été efficace dans ses communications avec les femmes et leurs regroupements et a travaillé de concert avec celles-ci pour répondre de manière stratégique et active aux questions et aux préoccupations⁴⁶.

Limites

Le CDMO a cessé d'exister le 31 décembre 1999, après huit années de travail; le peu d'appui manifesté par les gouvernements des provinces et des territoires, l'incapacité à implanter des commissions dans toutes les régions du pays et le retrait de la communauté d'affaires de la Commission nationale sont responsables de la fin de ces travaux.

La mission du CDMO consistait à conseiller le gouvernement fédéral sur les stratégies nationales liées au marché de l'emploi, notamment en matière d'éducation et de formation. En dépit des recherches et des analyses étayées menées par le CDMO et d'autres organismes, le gouvernement procéda quand même aux réformes de l'assurance-chômage, ce qui a conduit à une marginalisation accrue des groupes revendiquant l'égalité ainsi que des provinces et territoires qui sont déjà désavantagés sur le plan économique. On a ainsi empêché que des normes nationales en matière de formation soient adoptées et obstrué l'accès universel à la santé et à l'éducation pour tous les citoyens.

L'absence de volonté politique et d'adhésion de la part du gouvernement rend impossible tout objectif de changement des politiques. Bien que le WRG de la Nouvelle-Écosse ait réussi à organiser de façon efficace les femmes de la province afin qu'elles puissent participer activement aux décisions et à la formation, et faire entendre leurs voix à la table de concertation, cette table a été retirée.

La Creighton Gerrish Development Association (CGDA)

La CGDA regroupe quatre organisations communautaires autonomes et sans but lucratif : le *Black Community Work Group*, une coalition de quarante groupes communautaires; *Harbour City Homes*, une société d'habitation sans but lucratif; le *Metro Non-Profit Housing Association*, lequel procure un environnement sécurisant aux célibataires à faible revenu; et *The Affordable Housing Association of Nova Scotia (AHANS)*, une organisation sans but lucratif liée au milieu de l'industrie dont les membres proviennent des secteurs public, privé et associatif.

Le conseil d'administration de la CGDA est chargé de la mise en œuvre du projet Creighton Gerrish, qui vise à fournir des habitations à usage multiple dans le quartier North End de Halifax. Il comprendra 52 unités de vente à prix abordables, un immeuble de 19 appartements destinés aux personnes à faible revenu et difficiles à loger, ainsi qu'un centre multifonctionnel de 2 millions \$ destiné à la communauté noire. La croissance de ce projet remontant à 1994 s'est faite par petits pas, le gouvernement fédéral ayant annulé tout programme de subvention destiné à la construction de nouveaux logements. La construction doit commencer en l'an 2000 et on s'attend à ce qu'elle se poursuive au cours des cinq prochaines années.

Ce n'est qu'après être devenu un programme de relance communautaire, socio-culturel et économique d'envergure, de modeste projet de quelques unités destinés à la vente qu'il était à l'origine, que l'on a commencé à mesurer ses retombées potentielles dans le milieu environnant. C'est à partir de ce moment qu'il a suscité l'intérêt des représentants officiels, du prêteur, des consultants et de la communauté même. Malgré tout, le projet s'est consolidé petit à petit, en se gagnant morceau par morceau l'appui de principe de tous les acteurs.

Réussites

La Creighton Gerrish Development Association (CGDA) a su réunir des compétences et des connaissances variées. L'Association a appris à collaborer non seulement avec les divers groupes du North End de Halifax, mais aussi avec les universitaires, les bureaucrates, les constructeurs, les prêteurs et les autorités en

matière de logement. Elle a aussi appris comment se servir des leviers, entreprendre des recherches et mener à bien une démarche de planification, embaucher des experts et vendre une bonne idée.

La CGDA a su apprendre à tirer les bonnes ficelles, établissant avec succès un arrangement selon lequel l'intervention de la municipalité a influencé la province, laquelle à son tour a convaincu Sobey's de vendre les terrains nécessaires à la réalisation du projet de développement proposé. L'amélioration du quartier North End est vue d'un bon œil par la Ville de Halifax, les propriétaires locaux, les entreprises et les leaders de la communauté qui autrement verraient leurs intérêts menacés. Une fois que la CGDA l'eut saisi, sa marge de manœuvre a été considérablement accrue; il ne s'agissait plus de quêter ou de revendiquer mais bien de vendre ce qui semblait désormais être une excellente idée.

Le groupe s'est rendu compte que les bénévoles ne peuvent abattre qu'une partie du travail et que certaines compétences se paient; on a dû mettre sur pied une équipe de consultants « étoiles ». Le projet a obtenu le soutien du personnel de la Municipalité régionale de Halifax, de la Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL) et du ministère de l'habitation et des affaires urbaines de la Nouvelle-Écosse. La participation des politiciens a été sollicitée lorsque ceux-ci pouvaient apporter un appui au projet.

Les personnes œuvrant à la CGDA avaient également des amis bien placés disposés à apporter leur aide et à tirer parti des dettes morales pour « faire bouger le système ». Elles ont fait de nouvelles connaissances au fil de leurs démarches : des politiciens, des bureaucrates, des administrateurs, des professionnels de l'industrie. On savait aussi travailler avec les groupes communautaires, et que le racisme était un fait de la vie courante. En tant qu'individus possédant une expérience politique affinée, on a su éviter la controverse et les querelles de clocher et se gagner l'appui de tous les groupes de la communauté. On a appris à travailler de concert avec d'autres secteurs, à apprécier l'apport de ceux-ci, et à manifester sa reconnaissance. On a appris à collaborer.

Limites

La CGDA a dû surpasser ses propres limites afin de faire du chemin. Plusieurs des membres clés du groupe étaient des militantes et militants habitués à travailler dans l'isolement, qui ont dû apprendre à travailler en collaboration avec les autres secteurs de la société pour élaborer le projet. Le premier projet du groupe était trop modeste; on a dû apprendre à « voir grand » et à « vendre son idée » plutôt qu'à « quêter ». Dans les premiers temps, les différents échelons gouvernementaux n'ont pas manifesté d'intérêt parce que l'initiative émanait de la collectivité. Et parce que les coûts allaient être élevés, le secteur privé ne s'est pas non plus montré intéressé; c'est la communauté qui a hérité du projet, même si elle ne savait pas comment procéder et elle a dû apprendre à élaborer et mettre en œuvre un projet.

Une des difficultés les plus importantes fut de mener à bout de bras une initiative communautaire durant une période aussi longue. Six ans se sont écoulés pour en arriver à cette étape, et il faudra cinq autres années pour mener le projet à bien. Voilà un exemple qui met en lumière la portée limitée des projets communautaires quand il s'agit de répondre aux besoins pressants en matière de logement décent et abordable; car en réalité, c'est un devoir qui incombe aux gouvernements⁴⁷.

Au cours des six dernières années, la CGDA s'est rendue compte qu'on pouvait faire sauter toutes les barrières. Toutefois, les coûts de construction ont récemment monté en flèche, ce qui a forcé le groupe à frapper de nouveau à la porte du gouvernement pour obtenir des fonds supplémentaires. On reconnaît également que vendre des maisons et gérer un immeuble en copropriété les mènera dans une direction tout à fait inconnue, et mettra leurs compétences à l'épreuve. Les organisateurs sont conscients du fait que ce sont les propriétaires eux-mêmes qui « investiront » et « prendront des risques » et que, sans eux, le projet ne pourrait voir le jour⁴⁸.

People Assessing Their Health: le projet PATH

Le PATH (People Assessing their Health) est un projet communautaire de promotion de la santé au sein duquel des membres de la communauté se sont engagés à faire l'étude des facteurs variés pouvant influencer leur état de santé. Lancé en octobre 1995, PATH est le fruit des efforts conjugués de l'Association des femmes d'Antigonish, du département d'éducation permanente de l'université St. Francis Xavier et du *Public Health Nursing Services* de l'est de la Nouvelle-Écosse. Le projet a été subventionné par la Direction des programmes et de la promotion de la santé de Santé Canada; il s'est déroulé dans les communautés de Whitney Pier, dans la zone industrielle du Cap Breton, à St. Ann's Bay, dans le comté de Victoria, et dans le Guysborough County Eastern Shore.

Avec l'aide des coordonnateurs et coordonnatrices du projet, un animateur ou une animatrice communautaire a fait appel au conte, au dialogue structuré ainsi qu'à d'autres techniques afin d'inciter la communauté à cerner les facteurs qui influencent leur état de santé. La communauté a ensuite conçu un outil d'évaluation des déterminants de la santé des communautés (*Community Health Impact Assessment Tool – CHIAT*) devant servir à évaluer les propositions de projets, de programmes, de services et de politiques qui pourraient avoir des répercussions sur la santé. Chaque outil a fait l'objet d'une évaluation et de promotion au sein de la communauté, et d'un atelier régional au cours duquel il a été présenté.

Suite à ces activités, un guide, *PATHways, the Path Project Resource*, a été élaboré; on y décrit la démarche en fournissant les exemples des outils mis au point par les communautés. Ce guide a été distribué ailleurs dans la région et aux autres Conseils de santé régionaux de la province. Avec l'appui des partenaires du projet, le réseau Path a organisé un forum et mis sur pied un *People's School on Health* en 1999. Ces organes ont permis de poursuivre l'analyse et le débat sur les facteurs ayant une incidence sur la santé des communautés, particulièrement en ce qui a trait au rapport entre les inégalités économiques et la santé, ainsi qu'aux stratégies pouvant influencer l'élaboration des politiques.

Réussites

La démarche PATH a fait appel au travail d'équipe et a nécessité l'embauche d'animateurs et animatrices locaux à qui on a fourni le soutien nécessaire en matière d'encouragement et de coordination⁴⁹. Ceux-ci ont été choisis sur la base de leurs habilités en animation, bien qu'aucun d'entre eux n'ait eu de formation préalable. En tant que membres respectés de leur communauté, ils furent en

mesure de susciter la participation de personnes qui n'auraient pas pris part normalement à de telles discussions et purent rassembler un large spectre de citoyens au fil de rencontres informelles et de réunions de cuisine. On leur a fourni une formation et le soutien nécessaire pour acquérir les compétences, les outils et la confiance pouvant leur permettre d'aller chercher les membres des différentes sphères de la communauté. Ces compétences sont demeurées dans la communauté et sont vues comme étant l'une des retombées les plus durables du projet.

À St. Ann's Bay, le projet PATH CHIAT continue à porter fruit à la fois par l'intermédiaire de l'outil d'évaluation des déterminants de la santé qui demeure la référence aux yeux de la communauté, et au sein de la programmation du Centre de santé de St. Ann's Bay. Celui-ci a reçu au cours des trois dernières années une subvention annuelle de 15 000 \$ de la part du Conseil de santé de la région de l'est. Avec l'aide d'une coordonnatrice à temps partiel, il offre des cliniques, des ateliers, des séminaires, des cours de conditionnement physique, des programmes et autres activités axées sur la santé. Il fait le lien entre le Conseil de santé publique et le Conseil de santé de la région de l'est. Œuvrant au sein d'une communauté formée de différents noyaux, de groupes d'intérêts et d'organisations variées, le centre de santé a reçu l'appui de tous les secteurs et s'est avéré un organisme véritablement rassembleur.

Les partenaires du projet PATH ont continué à faire preuve d'engagement envers le principe de collaboration, en appuyant la mise sur pied d'activités et de stratégies d'éducation visant à faire la promotion de la santé dans la région est de la province.

Limites

Or, tout comme dans le cas du projet Creighton Kelly, le Centre de santé de St. Ann's Bay doit continuellement surmonter des obstacles. Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a dissous les conseils de santé régionaux à la suite des dernières élections, ce qui rendra peut-être l'accès au financement plus difficile. Sans la subvention annuelle de 15 000 \$ du gouvernement, la coordination des programmes et la somme des dépenses seront à la charge des communautés. Or, on demande aux bénévoles qui sont déjà complètement débordés de se charger de la responsabilité de repenser et de gérer un grand nombre de services sociaux tels que les soins de santé, l'éducation, les soins à domicile et les centres d'hébergement, en plus du travail effectué au sein des églises, des services d'incendie, des associations pour personnes âgées et des centres communautaires. Si l'objectif d'un système de santé décentralisé fait véritablement partie du programme de la Nouvelle-Écosse, il faudra faire en sorte que les ressources nécessaires soient acheminées vers les communautés pour la formation et le soutien, et pour défrayer le coût des salaires⁵⁰.

Le projet PATH fournissait un modèle de participation de la communauté dans le domaine de la santé. Après que le document *PATHways* eut été distribué et que les nouvelles de la réussite du projet dans trois communautés eurent circulé, d'autres communautés exprimèrent le désir de se prévaloir du processus. Cependant, le financement nécessaire pour assurer la coordination, la formation et l'animation n'a pas été octroyé. Cette expérience réussie d'un tel modèle de participation communautaire est de plus en plus difficile à répéter.

*Taking Control and Making Changes (TCMC) et l'association Kids First*⁵¹

En 1987, le Centre des femmes du comté de Pictou appuyait un projet portant sur les femmes de faible revenu et le logement. Un groupe de soutien a été mis sur pied, sous l'appellation *Taking Control and Making Change (TCMC)*, formé de femmes de la région qui se rencontraient pour discuter de leurs préoccupations en tant que femmes vivant dans la pauvreté. Après presque trois ans de rencontres, le groupe s'est engagé dans une série de projets subventionnés par le Programme de promotion de la femme du Secrétariat d'État. Avec l'aide d'une animatrice provenant du département d'éducation permanente de l'université St. Francis Xavier, le groupe a appris à mener des recherches et des rencontres auprès d'autres femmes de faible revenu, à analyser les résultats et en à débattre. On a préparé et fait circuler un rapport présentant les questions auxquelles doivent faire face les femmes pauvres, intitulé *Women and Children Struggle for Survival*. Cette démarche a fait appel aux compétences du plus grand nombre, des femmes à faible revenu ayant participé à chacun des aspects du projet; celles-ci ont acquis les compétences et la confiance nécessaire pour élaborer et mettre en œuvre des projets communautaires. Les membres du groupe visaient à transformer les politiques sociales et les programmes afin d'améliorer la qualité de vie des femmes pauvres et de leurs familles, par des rencontres subséquentes avec les agences, les fournisseurs de services et les médias. Le but à long terme était de mettre sur pied un centre de ressources.

En 1993, le groupe vit une occasion de transformer sa vision en réalité. Santé Canada avait annoncé un programme de subventions destiné à financer de nouveaux projets dont le but serait d'établir des centres de ressources pour les familles en Nouvelle-Écosse. Il était stipulé que les projets devraient faire appel à la collaboration massive des parents, des familles, des communautés, des gouvernements et des fournisseurs de services. Le TCMC fit parvenir une lettre d'intention à Santé Canada, qui accepta que le groupe soumette un dossier de proposition à la condition toutefois que celle-ci couvre également les comtés d'Antigonish et de Guysborough en plus de celui de Pictou, mais sans que le montant de la subvention soit majoré.

Le groupe dut surmonter plusieurs obstacles pour arriver à élaborer la proposition. On disposait de peu de temps pour établir les contacts nécessaires pour respecter la condition de collaboration exigée; aucun financement additionnel ne serait accordé pour l'ajout des deux autres comtés; de plus, on eut à faire face à la résistance d'un partenaire communautaire qui ne croyait pas qu'un groupe dirigé par des femmes de faible revenu pourrait mener à bien un tel projet. Cette dernière agence intervint directement pour nuire au processus, entre autres en intervenant auprès du bailleur de fonds. La proposition soumise par le TCMC fut acceptée mais à la condition qu'un conseil d'administration représentatif des trois comtés soit mis sur pied. Ce que fit le TCMC, en joignant les organisations susceptibles d'être intéressées.

Un processus de négociation complexe s'établit alors entre les membres des trois comtés afin de déterminer quelle serait la façon la plus équitable de répartir le financement et répondre ainsi aux besoins respectifs. Cette démarche donna le jour à une nouvelle organisation, l'Association Kids First de Pictou, de

Guysborough et d'Antigonish; celle-ci s'engagea fermement à mettre en œuvre les principes du développement communautaire qui permettraient de tenir pleinement compte des spécificités de chacun des trois comtés ruraux.

Réussites

Les réussites de ce projet illustrent de manière éloquente les retombées positives que peuvent entraîner les principes d'intégration et de collaboration sur la santé des individus, des familles, des organisations et des communautés.

Depuis sa fondation en 1993, l'association Kids First a pris son essor au sein de chacun des trois comtés qui l'ont vu naître. Le projet continue à limiter les risques qui guettent d'une manière plus précise les enfants des familles à faible revenu vivant dans des conditions d'isolement géographique et social. Un nombre de plus en plus élevé de parents se prévalent des ressources, de l'information et des occasions d'apprentissage qui leur sont offertes, étendant ainsi leurs connaissances et leurs habiletés. Les programmes et les services continuent à avoir des effets positifs sur les déterminants de la santé chez la population, sur le développement des enfants, des habitudes de santé et des réseaux de soutien.

Un rapport d'évaluation récent concluait que « le contact avec l'association Kids First se traduit par des sentiments accrus de réciprocité entre parents et d'appartenance de ceux-ci envers la communauté ». Les participants « mettent sur pied leur propres réseaux de soutien », et « les rapports familiaux se sont améliorés »; de plus, « l'approche non interventionniste et dénuée de préjugés du projet est reconnue dans les communautés, ce qui incite les personnes qui sont le plus dans le besoin à en solliciter les services. Sur le plan de la collaboration, le rapport note que Kids First a atteint ses buts, en travaillant de concert avec les participants, les partenaires communautaires et les agences gouvernementales; il conclut que « les rapports qui ont été établis entre tous les acteurs se sont avérés bénéfiques pour tous ».

Certaines anciennes membres de TCMC jouent maintenant un rôle d'animation au sein de Kids First; l'une est présidente du conseil d'administration, une autre est directrice des finances et une troisième, coordonnatrice des programmes dans un des centres.

Limites

Les exigences du bailleur de fonds quant à la structure de participation et de collaboration réunissant les trois comtés, et sans que soit accordé un financement supplémentaire pour réaliser cet objectif, se sont avérées un fardeau lourd à porter pour le TCMC and Kids First. En 1993, après s'être rendu compte que le projet était sous-financé, le conseil d'administration des trois comtés a exigé que la situation soit rectifiée. Bien que cette demande fut éventuellement accordée, les membres du conseil et du personnel ont dû consacrer leur énergie à la tâche de convaincre le bailleur de fonds plutôt qu'à celle de mettre en œuvre un plan de développement, et à avoir recours à des subventions de projets spéciaux pour arrondir les revenus et ce, à une étape critique du développement de l'organisation. L'exigence de collaboration entre les trois régions s'est traduite par un effort accru de concertation, dans le but de trouver des méthodes de travail qui rallieraient les différences tout en les respectant, qui feraient appel à la participation des parents et des groupes concernés dans chacun des comtés, et qui résoudraient les conflits et les problèmes dans un esprit d'ouverture.

Selon le rapport d'évaluation, les pressions découlant du sous-financement face à la somme de travail à abattre auront fini par épuiser le personnel et les bénévoles; de plus, la structure même de l'organisation semble contredire les principes du bon développement communautaire. Le rapport résume la situation de la façon suivante :

D'un côté, on exige qu'il y ait participation des parents et que la communauté se développe, tandis que de l'autre, on a imposé une structure trop lourde pour atteindre efficacement ces objectifs. La région délimitée par les trois comtés est trop étendue, la diversité des communautés trop grande, les coûts de déplacement et l'investissement en termes de temps trop importants; les bénévoles des communautés isolées ne sont pas en mesure de se préoccuper réellement des activités qui se déroulent dans les autres comtés. Cette situation a forcé le départ d'employés exemplaires et de membres du conseil et de bénévoles consciencieux. (Trad.)

Le TCMC a également pâti de cette situation. Le premier effort de planification a créé une dynamique malsaine entre certaines membres et au sein du groupe. Quelques-unes ont fini par quitter Kids First et le TCMC a cessé d'exister. L'objectif d'intégration s'est finalement soldé par l'exclusion pour certaines.

Une ancienne membre de TCMC fait part de ses réflexions :

Kids First est maintenant une organisation formidable, mais nous avons vécu des débuts extrêmement difficiles. Chaque membre de TCMC pourrait faire sa propre analyse, puisque chacune y a participé de manière différente. Nous sentions toutes que certaines agences doutaient de notre capacité à élaborer la proposition initiale, sans parler d'en coordonner la mise en œuvre, à cause de notre statut social. Les membres ne sentaient pas que leurs vues étaient entièrement respectées ou entendues, que ce soit en tant que participantes, bénévoles ou membres du personnel. On a critiqué une membre du TCMC parce qu'elle se rendait tous les jours au programme de jour avec son enfant. Tout ceci était vécu difficilement par chacune des membres du groupe. En ce qui concerne le TCMC, nous avons concentré toutes nos énergies à la mise sur pied de Kids First, ayant consacré au projet initial le peu d'argent (2000 \$) à notre disposition. Lorsque je réfléchis à tout ceci, je me dis que nous aurions dû continuer à nous rencontrer en tant que groupe et à fournir du soutien aux membres qui le formaient. Mais à cette époque, nous n'avions plus de sous ni d'énergie à y consacrer, ce qui a mené au démembrement de l'association.

Women Influencing Healthy Public Policy – Île-du-Prince-Édouard

Ce projet a été marrainé par le réseau des femmes de l'Î.-P.-E., avec une subvention provenant de la Direction des programmes et de la promotion de la santé de Santé Canada; son but consistait à faire connaître les préoccupations des femmes en matière de réforme de la santé à l'occasion de la nomination de représentants aux conseils régionaux de santé. Voici quelques-unes des questions qu'on a voulu soulever : En quoi consiste une réforme de la santé? Quelle autorité est détenue par les conseils régionaux? Mettra-t-on en place des normes provinciales? Qui sera nommé? Une des principales préoccupations portait sur l'absence des

femmes dans le processus et la peur qu'on procéderait avec la réforme sans qu'elles aient été consultées, en particulier les femmes les plus vulnérables en raison de la pauvreté, de la violence et d'autres facteurs.

Un comité consultatif représentant des intérêts géographiques et sociaux variés a pris le projet en main et veillé à son élaboration. Au cours d'une année, vingt-sept femmes provenant de divers milieux se sont réunies à quatre occasions durant toute une journée. Les facteurs ayant contribué au succès du projet sont les suivants : des femmes de tous les coins de la province et de divers milieux y ont participé; on avait adopté une approche globale et holiste; un partenariat avait été établi entre les organisations locales pour la tenue d'ateliers; les frais de garderie et de transport des femmes de familles peu aisées ont été pris en charge; on a manifesté de l'appui à l'égard des travailleuses des services sociaux et de la santé.

Réussites

Le projet s'est concentré sur le développement communautaire en aidant les femmes à acquérir les compétences nécessaires pour pouvoir participer activement aux décisions touchant la santé des individus, des familles et des communautés. Les notions de santé globale et de déterminants de la santé ont été introduites; on a exigé qu'un langage clair soit adopté et que le changement social soit un des buts visés par la réforme de la santé; des liens ont été établis entre le Réseau des femmes et les Services sociaux et de la santé. On a également vu à l'établissement de *Women's Wellness Action Groups* [Groupe d'action sur le bien-être des femmes] au sein de deux communautés et mené des ateliers partout dans la province à l'intention de plusieurs groupes d'intérêt d'importance.

Neuf ateliers intitulés *Beyond Prescriptions... Meeting Your Health Needs* [Au-delà des ordonnances ... satisfaire ses besoins en santé] ont été organisés dans différentes régions, et six autres pour répondre aux besoins de groupes particuliers, dont les jeunes, les personnes âgées, les handicapés intellectuels et les mères monoparentales bénéficiant de l'aide sociale. Constitué de deux séances de trois heures, chaque atelier visait à inciter les femmes à définir la notion de santé et à prendre en main leurs propres besoins. Des ateliers de six heures autour du thème *Women Taking Leadership – Inspiring Public Policy* [Les femmes prennent les devants – des politiques inspirées] ont été menés dans trois communautés différentes.

Les initiatrices du projet ont compris qu'il fallait se concentrer d'abord sur la personne et son évolution propre avant d'aborder les questions de changement social et de défense des droits de la communauté. Elles ont reconnu l'importance de la communication en ce qui a trait aux idées reçues et aux croyances sur les femmes et la santé, aux rôles qu'elles assument et aux attentes envers elles, et affirmé qu'il fallait avoir recours à un langage clair. Elles ont également constaté que pour faire en sorte qu'il y ait participation des consommatrices et de la communauté, il fallait que certains rapports clés soient établis avec le système⁵².

Limites

Le projet a subi des limites générées par l'imposition d'une approche d'envergure devant cibler toute la province et l'attribution de ressources financières et temporelles limitées (50 000 \$ et une année). Un autre inconvénient avec laquelle le projet a dû composer était le temps qu'il fallait aux participantes pour saisir toute la complexité de la réforme.

Community Voice in Health Reform (VOICES)

Au cours de la période 1996-97, l'Institut Cooper, en collaboration avec la Direction des programmes et de la promotion de la santé de Santé Canada, menait une consultation auprès des pêcheurs de crustacés et des travailleuses et travailleurs saisonniers d'une région rurale de l'ouest de l'Î.-P.-E.; celle-ci portait sur les préoccupations de ces derniers en matière de santé et sur l'incidence des facteurs sociaux et économiques en la matière.

Une équipe formé de seize animateurs et animatrices travaillant en collaboration avec les coordonnateurs et coordonnatrices de l'Institut Cooper et les partenaires locaux, a organisé et mené des ateliers au sein de dix communautés, au cours desquels les participants ont analysé les liens pouvant être faits entre l'accès à des emplois dignes de ce nom et la santé de la communauté. On a également mis au point des stratégies visant à améliorer les perspectives d'emploi.

Réussites

Le projet comprenait un programme d'animation communautaire à l'intention des seize animateurs, grâce auquel ils ont pu développer leurs compétences et leur capacité à mobiliser les énergies nécessaires à la santé des communautés. Tout comme dans le cas du projet PATH, la plupart d'entre eux n'avait aucune expérience formelle.

La majorité des participants et participantes étaient soit sans emploi ou détenaient un emploi de subsistance, un emploi saisonnier, ou emploi à faible revenu. Certains recevaient des prestations d'assurance-chômage et d'autres bénéficiaient entièrement ou en partie d'une forme d'aide sociale. Tous ont rapidement reconnu qu'il existait un lien entre l'état de santé de leur communauté et la mesure dans laquelle ses résidents y étaient impliqués; également, que les moyens utilisés pour maintenir une communauté en bonne santé étaient aussi importants que les gestes posés. L'accès à l'emploi, les conditions de travail et la sécurité du revenu ont été désignés comme étant des déterminants fondamentaux de la santé.

Un noyau de seize personnes a également participé à un autre programme de formation. Au terme de la première étape, les participants et participantes ont exprimé le désir d'organiser une coalition appelée *Coalition for Dignified Employment* [Coalition pour des emplois dignes]. Un aspect important de l'étape suivante a porté sur le travail d'un comité visant à appuyer cette démarche. La Coalition, une fois en mise en place, est susceptible de devenir un outil précieux pour poursuivre le travail déjà amorcé avec le projet VOICES⁵³.

Limites

L'engagement à long terme des participants et participantes du projet au sein des conseils locaux et régionaux de santé dépendra du soutien accordé à ceux et celles qui ne possèdent qu'une expérience restreinte au sein de vastes organisations structurées. Sans ce type d'appui, et sans dédommagement pour les frais de transport et de garde, une telle expérience qui peut s'avérer très aliénante pour les membres des communautés locales.

La notion de développement local s'appuie sur une approche à long terme, ce que viennent nier les projets à durée limitée. Surmonter l'attitude défaitiste, la dépendance et le pessimisme des communautés marginalisées est un cheminement très long. Il faudrait encore davantage de temps pour pouvoir mettre en œuvre les recommandations et élaborer des stratégies précises pour transformer les politiques; ceci vaut particulièrement lorsque l'on doit inclure plusieurs secteurs, tels que la santé, l'économie et l'environnement. Même si les communautés locales reconnaissent que la sécurité financière et l'accès à un emploi digne et valorisant sont les déterminants clés de la santé, les moyens qu'il faudrait prendre pour réorienter les politiques et amener des changements positifs apparaissent beaucoup moins clairs.

Ce que ces cas démontrent

Les réussites et les limites que nous avons exposées pour chacun des exemples de collaboration démontrent que celle-ci dépend de quatre facteurs importants : 1) le financement doit provenir d'un bailleur de fonds qui appuie les approches innovatrices; 2) des organisations respectées doivent jouer le rôle d'intermédiaire et coordonner les tâches; 3) les animateurs et animatrices du processus doivent être des membres respectés de la communauté; 4) la démarche doit être axée sur l'intégration de tous les intérêts au sein de la ou des collectivités.

Ces exemples démontrent également que les projets communautaires peuvent susciter la collaboration et que les communautés locales peuvent être mobilisées autour de questions qui les concernent. Or ceci ne résout pas pour autant la question de savoir comment, une fois cette étape franchie, celles-ci peuvent influencer l'élaboration des politiques. Il manque un maillon essentiel entre la reconnaissance par une communauté de ses besoins et la possibilité d'être entendue à une table de concertation sur les politiques.

Reste à savoir également comment maintenir les acquis. Certains bailleurs de fonds exigent que les groupes communautaires collaborent avec des partenaires qui sont éloignés les uns des autres sur le plan géographique ou des intérêts. Ce type de « collaboration forcée imposée par le haut » peut contribuer à nier les réalités locales et créer beaucoup de stress inutile. De plus, il est irréaliste de penser qu'une fois réalisée l'implantation d'un projet réussi au sein d'une communauté, les contributions volontaires et bénévoles suffiront à assurer sa survie en l'absence d'appui financier et politique de la part de l'État. Une telle approche se résume en fin de compte à exclure ceux et celles qui ont été intimement liés au projet.

Conclusion

Transformer le scénario

Nous devons faire preuve de volonté politique si nous voulons nous assurer de la participation sociale et politique de tous et obtenir que des revenus suffisants soient alloués pour soutenir et étendre les programmes sociaux. La volonté politique peut faire en sorte que le scénario décrit plus haut soit transformé pour

faire place à ce que Judith Maxwell appelle « une société qui a du ressort ». Dans une telle société, l'éducation et la formation sont considérés comme un investissement; les orientations politiques promouvoient le rôle de la famille, la notion d'égalité inspire la création de programmes et le capital social est protégé. Tout ceci se bâtit sur la collaboration et l'action concertée de tous les secteurs.

Il existe donc une volonté partagée de cerner de nouvelles formes d'action collective, qui dépendront de moins en moins de l'État et de plus en plus de modes de partenariat entre l'État, les employés et employées, les citoyens et citoyennes, et les organisations sans but lucratif.

Les administrations publiques... doivent renoncer aux luttes de territoires, qui nuisent à la collaboration entre divisions ou entre gouvernements⁵⁴. (Trad.)

Un modèle fondé sur le *PATH People's School on Health*

Offert à l'université St. Francis Xavier en novembre 1999, le *programme PATH People's School on Health* a servi à explorer quels seraient les moyens concrets d'assurer la mise en place de politiques saines et de programmes et services adéquats dans le cadre du système de santé proposé pour la Nouvelle-Écosse. Les participants et participantes ont insisté sur la nécessité pour l'administration publique d'améliorer les volets coordination et diffusion de l'information, de même que de mieux rendre des comptes à la collectivité. On a également souligné le besoin de mettre en place un processus de consultation sur les politiques, l'élaboration des programmes et les réformes qui ferait appel à la participation du plus grand nombre. Aux yeux des participants, c'est là la voie qui permettrait d'assurer que les citoyens soient entendus et puissent contribuer à l'adoption de politiques saines.

La communauté se retrouverait alors au centre de la structure, la tâche du conseil de santé local consistant à élaborer des politiques saines et à veiller à ce que les communautés locales aient à leur disposition les ressources nécessaires pour la recherche et pour s'assurer la participation du public. Les conseils de santé locaux travailleraient avec le ministère de la Santé et les autorités régionales de la santé sur l'élaboration des principes directeurs et la refonte de ceux-ci. Les autorités régionales prendraient note de l'ensemble des questions sociales et de santé et les communiqueraient ensuite au Conseil provincial de la santé, un organisme autonome dont les recherches alimenteraient en retour les politiques en matière de santé.

Au sein de l'administration publique, les politiques sociales et de santé seraient le fruit de la collaboration entre les différents intervenants. On ferait appel à un outil d'évaluation de l'état de santé (« Health Impact Assessment ») aux échelons local et régional, et on procéderait à l'étude des retombées en effectuant des consultations avant et après l'adoption des politiques.

Le but d'un tel dispositif, c'est de donner le sentiment aux communautés locales et aux individus qu'ils peuvent avoir une influence réelle sur les politiques qui les concernent. Les citoyens et citoyennes seraient ainsi mieux informés des dossiers les concernant et seraient en mesure d'analyser les questions sociales, de santé et d'amélioration des politiques⁵⁵.

Cette vision correspond à l'orientation actuelle du gouvernement de la Nouvelle-Écosse et du ministère de la Santé concernant les conseils de santé locaux. Ceux-ci feront l'objet d'une loi, et ils auront comme tâche d'évaluer les besoins locaux, d'élaborer un plan de coordination des soins de santé de première ligne et de cerner les mesures nécessaires pour améliorer l'état de santé de la population locale dans son ensemble. Les autorités régionales veilleront à l'intégration des soins de santé au sein de la région⁵⁶.

Le moment est propice

Selon un rapport récent des Tables conjointes du gouvernement du Canada et du secteur bénévole, la collaboration est à l'ordre du jour. Le gouvernement fédéral cherche à encourager des rapports d'entraide innovateurs entre tous les secteurs.

Le gouvernement reconnaît que les collectivités, tant locales que nationales, ne sont pleinement dynamisées que lorsque tous les secteurs travaillent de concert pour atteindre les objectifs sociaux et économiques. Dans cet esprit, le gouvernement du Canada s'engage à approfondir ses rapports avec le secteur bénévole⁵⁷. (Trad.)

Il est toujours possible pour le Canada d'entrer dans le nouveau millénaire en affirmant sa détermination à adopter des politiques sociales et de santé qui visent la pleine intégration sociale et économique de ses citoyens et citoyennes. Pour ce faire, il nous faudra parvenir à une distribution équitable de la richesse, ainsi que veiller à la protection soutenue de l'environnement et à la conservation des ressources naturelles. Les frontières séparant les militants et militantes de la santé et ceux des secteurs sociaux et environnementaux sont en train de disparaître. Pour les intervenants de la sphère de la santé, la notion de politique saine doit désormais porter sur l'élargissement du rôle joué par l'État et reposer sur la nécessité d'intervenir sur les plans économique et social afin d'améliorer l'état de santé de la population⁵⁸.

Ce qui peut être fait

Favoriser la pleine participation sociale et économique de tous contribue à améliorer le ressort des individus, des familles et des communautés. Cette condition préalable est la responsabilité de tous les secteurs, qui devront élaborer des stratégies pour éliminer les obstacles qui marginalisent encore davantage ces acteurs et leur accorder une place véritable⁵⁹.

Bien qu'il existe un solide consensus autour de la nécessité d'une action intersectorielle pour améliorer la santé et le bien-être de la population et un engagement en ce sens de la part de plusieurs acteurs, de même qu'une somme de plus en plus vaste de connaissances sur les conditions de réussite, ce qui fait toujours défaut, c'est la volonté d'aller jusqu'au bout de cette démarche⁶⁰. (Trad.)

L'État peut ouvrir la voie en favorisant le développement d'une collaboration intersectorielle au sein de ses propres structures. Il est en mesure de mettre au point un dispositif constitué d'un ensemble de politiques et de programmes en matière d'économie, d'aide sociale, d'économie et d'emploi. Les responsables peuvent se charger de susciter la collaboration entre les différentes unités

gouvernementales, les organismes non gouvernementaux, le secteur privé et les collectivités. Ils peuvent valoriser l'interdépendance et la coopération et reconnaître que le capital humain fait la richesse d'une société.

Il est urgent de mener de plus amples recherches sur les questions liées à la santé des femmes et d'analyser les questions de santé sous l'angle des rapports sociaux entre les sexes. Une telle approche pourrait servir à réorienter les politiques de santé afin de faire en sorte qu'elles intègrent mieux les besoins et les expériences des femmes⁶¹.

Selon le groupe *Women in Public Policy Research Project*, les principaux obstacles qui limitent la participation des femmes au processus d'élaboration des politiques sapent l'influence des groupes communautaires œuvrant pour l'égalité et freinent le renouvellement des orientations sont : la discrimination; l'insuffisance des ressources et le bâillon imposé par les compressions; le fait de ne consulter les femmes qu'une fois les décisions prises; de ne pas les prendre au sérieux; de ne permettre qu'une participation bidon sur les conseils; la pauvreté des moyens (organisation, temps, ressources) nécessaires pour participer; le manque d'information juste et précise; et la peur de voir le statu quo changer chez ceux qui détiennent des postes influents⁶².

Les citoyens et citoyennes du Canada doivent participer à toutes les étapes du processus d'élaboration des politiques. Ils peuvent insister sur l'importance du développement social et humain, au-delà des considérations d'ordre strictement économique. Les structures politiques, économiques, d'aide sociale et de santé doivent être investies par les citoyens et les citoyennes pour que soient débattus les enjeux sociaux globaux. Lorsque les orientations découlent de l'expérience de la collectivité, la confiance du public à l'égard des structures de l'État augmente, ce qui libère l'énergie nécessaire à la résolution des problèmes par le biais de la collaboration intersectorielle.

Il est possible de renverser la vapeur : de transformer une population isolée et cynique, qui voit sa communauté se désintégrer, qui se sent aliénée du pouvoir et a perdu espoir de résoudre les problèmes sociaux, en une population concernée par le bien-être d'autrui et engagée à assurer celui-ci avec l'aide d'un gouvernement soucieux de son devoir, munie des outils et de l'espoir nécessaires pour accomplir cette tâche⁶³.
(Trad.)

Lignes directrices

Nos programmes sociaux sont synonymes d'espoir, de sécurité, de partage. Ils traduisent par-dessus tout notre poursuite de l'égalité⁶⁴.
(Trad.)

Reconnaître la nécessité d'intégrer tous les citoyens et citoyennes à la vie économique et sociale n'est pas un idée neuve. Des listes de conditions à respecter, des lignes directrices, des politiques et des marches à suivre ont été conçus pour conseiller ceux et celles que cette question intéresse. Le *Women in Public Policy Research Project* a produit une liste complète de points clés intitulée *Guidelines for a Credible and Inclusive Process for Public Policy Development, Implemen-*

*tation and Reform*⁶⁵. Mentionnons aussi un bref article très intéressant et accessible intitulé *Capacity Building, Linking Community Experience to Public Policy*, que l'on peut se procurer auprès de Santé Canada, région de l'Atlantique⁶⁶.

Huit lignes directrices sont présentées ci-dessous; elles visent à aider les décisionnaires à mettre en place les liens et les structures qui permettront d'atteindre l'objectif d'intégration sociale et économique. Elles découlent en partie de l'examen des projets présentés plus haut, tout en s'inspirant également des analyses effectuées par les auteurs cités ici et des orientations actuelles en la matière.

1. **Collaborer.** Promouvoir l'action intersectorielle. Cesser de protéger son territoire. Créer une atmosphère qui permette aux fonctionnaires de communiquer l'information qu'ils détiennent et trouver des moyens de respecter la confidentialité voulue tout en réussissant à collaborer entre unités. Cerner une question ou un enjeu précis qui ralliera les personnes et les aidera à se concentrer sur un objectif commun. Reconnaître l'apport de chacun.
2. **Préparer.** Investir le temps nécessaire pour préparer les collaborateurs ainsi que l'organisme ou l'institution concernée. Reconnaître que collaborer requiert temps et ressources de la part de l'institution. Comprendre que la collaboration fait appel à l'échange continu de commentaires et à la capacité d'écouter les critiques sans se sentir directement visé. Ensuite, préparer le terrain avec l'aide des collaborateurs et collaboratrices. Négocier le partage des responsabilités et du pouvoir.
3. **Mettre en place des postes « médians » et encourager le recours à des « passeurs ».** Les postes et les comités qui chevauchent deux unités, de même que les ensembles de coordination régionale, peuvent encourager l'intégration et la flexibilité; leur nombre devrait être accru et leur rôle soutenu. Les « passeurs » ont la capacité d'établir des ponts entre les organisations communautaires et les structures gouvernementales. Ce sont des personnes pouvant évoluer aisément d'une culture à l'autre et qui sont respectées à la fois par les communautés et les décisionnaires.
4. **Établir de nouveaux rapports.** Raffermer les contacts grâce au respect et à la compréhension réciproques. Établir un lien entre l'expérience des communautés et l'élaboration des politiques, et renforcer les liens entre communautés et structures. Créer des liens avec les chercheurs et chercheuses universitaires, les décisionnaires, les animateurs et animatrices communautaires non reconnus, les spécialistes, et avec ceux et celles qui n'ont pas habituellement voix au chapitre. Partager les ressources et le pouvoir avec ceux et celles avec qui les décisionnaires n'ont pas l'habitude de travailler. Solliciter la participation de tous les intéressés.
5. **Toujours penser en termes des retombées pour la communauté et les bénévoles.** Aider les communautés à accroître leur potentiel. Offrir de la formation; voir quels frais sont couverts et rémunérer le travail effectué dans la communauté. Reconnaître qu'aménager un programme dans une communauté ne signifie automatiquement que le discours des membres de celle-ci soit toujours juste ou que les gestes posés soient pertinents, ni qu'un seul de ses membres puisse représenter tous les secteurs. Il s'agit plutôt d'être

capable de remettre en question les valeurs, les croyances et les modèles d'action qui peuvent s'avérer nuisibles. Accorder le temps nécessaire pour que les communautés puissent régler leurs différends.

6. **Encourager sans pour autant imposer les partenariats et la collaboration.** La collaboration imposée « d'en haut » pour satisfaire les exigences d'un bailleur de fonds mène au désengagement de bénévoles clés au sein des communautés. Les décisionnaires sont bien placés pour percevoir les alliances possibles, mais il revient aux communautés elles-mêmes d'en décider, étant mieux que quiconque au fait de leurs propres réalités et limites.
7. **S'assurer que toutes les personnes susceptibles d'être touchées par une politique ou une décision soient engagées dans le processus.** Offrir un accès uniforme à l'information et assurer l'égalité des chances; trouver des moyens de surmonter les barrières de nature sociale ou géographique. Faire la preuve que les communautés ont eu voix au chapitre et ont influencé le processus.
8. **Envisager le long terme et ajuster les budgets en conséquence.** Répartir des buts à court terme tout au long du processus mais ne pas perdre de vue l'objectif final. Ne pas dévier des objectifs à long terme dans le but de satisfaire des intérêts à court terme. Les projets réussis devront recevoir de façon soutenue l'aide et le financement que n'aura pu fournir elle-même la communauté. Prévoir les budgets qui permettront de continuer à financer les réussites à leur juste mesure, en reconnaissance de l'apport fait par les communautés aux programmes sociaux.

Références

1. *Our Healthier Nation*, livre vert présenté au Parlement du Royaume-Uni, 1998.
2. *Social Exclusion, Jobs and Poverty in the Americas. An Issue Paper from Civil Society*. Résumé et recommandations (Common Frontiers, 1999).
3. *Key Learning from HPPB, Atlantic's Work on Child Poverty, 1997-1998* (Halifax : Santé Canada, Atlantique, 1998), p. 3.
4. Janis Wood Catano avec le réseau pour la promotion de la santé communautaire (Atlantique), *Child Poverty in the Atlantic Region: A Discussion Paper* (Halifax : Direction des programmes et de la promotion de la santé, Santé Canada, région de l'Atlantique, janvier 1998), p. 6.
5. *Ibid.*, p. 8.
6. David P. Ross, *Rethinking Child Poverty* (Ottawa : Conseil canadien de développement social (CCDS), 1998).
7. Katherine Scott, *Investing in Canada's Children, Our Current Record* (Ottawa : Conseil canadien de développement social, 1997).
8. Glynis Ross, « Addressing child poverty », *The Chronicle-Herald*, 27 novembre 1999, p. B.7.
9. Marie Burge, *Reflections on the Findings of the Think Tank on Child Poverty* (Charlottetown : Cooper Institute, 20 juin 1998), p. 1.
10. *Key Learning from HPPB, Atlantic's Work on Child Poverty, 1997-1998*, p. 2.
11. Résumé dans D. L. Williamson et L. Reutter, « Defining and Measuring Poverty: Implications for the Health of Canadians », *Health Promotion International* 14(4) (1999), pp. 355-63.
12. Glynis Ross, « Addressing child poverty ».
13. Lise Schlein, « WHO study paints grim picture of Canada's natives », *The Chronicle-Herald*, 27 novembre 1999.

-
14. Katherine Scott, CCDS, 1998 dans Robert Bissio (éd.), *Social Watch 1999*, No. 3 (Montevideo : Instituto del Tercer Mundo, 1999), p. 124.
 15. Yalnizian, dans *Ibid.*, p. 124
 16. Glynis Ross, « Adressing child poverty ».
 17. David Ross, aide-mémoire pour *Canada's Children ... Canada's Future: A National Conference*, 25 novembre 1996. En direct : http://www.ccsd.ca/sp_dross.htm.
 18. Fiona Chin-Yee, *Shifting the Goal Posts and Changing the Rules: The Privatization of the Canadian Health Care System* (Thèse soumise pour satisfaire une part des exigences de la maîtrise en art (sociologie), Acadia University, automne 1997), p. 16.
 19. Judith Maxwell, « Social Dimensions of Economic Growth » Eric J. Hanson Memorial Lecture, University of Alberta, 25 janvier 1996. En direct : http://www.cprn.com/f_about/socldfeg.htm.
 20. Pour une lecture très accessible sur l'histoire et les inéquités du système fiscal au Canada, veuillez consulter le livre de Linda McQuaig, *Behind Closed Doors* (1990), ou *Shooting the Hippo* (Toronto : Penguin Books, 1996).
 21. Alvin Finkel, *Our Lives: Canada After 1945* (Toronto : Lorimer, 1997), p. 282.
 22. Maureen Baker, *The Restructuring of the Canadian Welfare State: Ideology and Policy* (Sydney : Social Policy Research Centre, University of New South Wales, 1998).
 23. *Ibid.*
 24. Statistique Canada, *Travail non rémunéré des ménages : mesure et évaluation*, n° de catalogue 13-603E, 1995, p. 3.
 25. Ronald Colman, *The Economic Value of Unpaid Housework and Child Care in Nova Scotia* (Halifax : GPI Atlantic, 1998), p. 26.
 26. Statistique Canada, *Portrait statistique des femmes au Canada*, août 1995, n° de catalogue 89-503.
 27. *Ibid.*
 28. Ébauche d'un chapitre sur le Canada, dans Robert Bissio (éd.), *Social Watch 2000*, No. 4 (Montevideo : Instituto del Tercer Mundo, sur la point de paraître).
 29. Baker, *The Restructuring of the Canadian Welfare State*.
 30. Colman, *The Economic Value of Civic and Voluntary Work in Nova Sotia* (Halifax : GPI Atlantic, 1998), p. 6.
 31. Ronald Colman, *Measuring Sustainable Development: Application of the Genuine Progress Index to Nova Scotia* (Halifax : GPI Atlantic, janvier 1998).
 32. Colman, *The Economic Value of Civic and Voluntary Work in Nova Scotia*, p. 5.
 33. *Ibid.*, p. 29.
 34. Marvyn Novick et Richard Shillington, *Mission for the Millennium: A Comprehensive Strategy for Children and Youth*. En direct : <http://www.campaign2000.ca/discussion.htm>.
 35. Claude Snow, *Reflections on Social Investment in the Acadian Peninsula Region*, 1999. Document non publié.
 36. George Davidson, Report on Public Welfare Services in Nova Scotia, Royal Commission on Provincial Development and Rehabilitation, Nouvelle Écosse, 1944, p. 122, référer à *Closing the Mansions of Woe: The End of the Poor Law in Nova Scotia, 1944-1965*, de Janet Guildford. Un document présenté à la Société historique du Canada, juin 1987.
 37. Janet Guildfort, *Closing the Mansions of Woe*.
 38. Claude Snow, *Reflections on Social Investment in the Acadian Peninsula Region*.
 39. Pour des exemples de concurrence, de consultation, de coopération, de coordination et de collaboration, consultez *Working Together Rather than Working Alone – A Collaboration Model*, présenté par Barbara Raye, Amherst H. Wilder Foundation, 17 septembre 1992, ou Michael Winer and Karen Ray, *The Collaboration Handbook: Creating, Sustaining, and Enjoying the Journey* (St. Paul : Amherst H. Wilder Foundation, 1994).
 40. Actes de colloque, *Healthy Public Policy Development – Science, Art, or Chance?* (Saskatoon : Prairie Region Health Promotion Research Centre, avril 1996).
 41. Michael Rachlais, document préparé pour l'atelier de Santé Canada sur l'Alberta / T.N.-O., mars 1999. En direct : <http://www.health-santecanada.net/resources/mirach.htm>.
-

42. *L'Action intersectorielle : pour une population en santé. Rapport du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population.* (Ottawa : Santé Canada, juin 1999), p. 13.
43. David Allen et Katherine Stewart, « The Federal Family Violence Initiative: A Case Study in Healthy Public Policy Development », document de travail pour *Healthy Public Policy Development – Science, Art, or Chance?* (Saskatoon : Prairie Region Health Promotion Research Centre, avril 1996), p. 36.
44. Circle of Health – Family Violence Prevention Initiatives in Atlantic Canada, Highlights (Coordonné par Transition House Association PEI, avec le financement de Santé Canada, Direction des programmes et de la promotion de la santé, région de l'Atlantique), 1998.
45. Janet Guildford, *Feminists for a Just and Equitable Public Policy: A Study of the Experiences of a Coalition of Nova Scotian Community-based Women's Groups in the Public Process.* Ébauche, novembre 1999.
46. Ébauche d'un document de travail préparé à l'occasion du First Annual Labour Market Partner's Forum.
47. Correspondance avec Grant Wanzel, Creighton Gerrish Development Association.
48. Ibid.
49. Cooper Institute, *Searching for the Path to Community Voice in Health Promotion: Another Step in Population Health Approach* (Charlottetown : Cooper Institute, 31 mars 1998).
50. Ruth M. Schneider, *PATH Project Evaluation*, décembre 1997. Document non publié.
51. Peggy Mahon, avec la permission de l'auteur (rédaction de thèse en cours).
52. Julie Devon Dodd et al., *Moving Beyond Hope. Consumers and Communities in Policy Development. Perspectives from Four Atlantic Region Projects*, document préparé pour le Colloque de l'Association canadienne de santé publique, juillet 1997.
53. Institut Cooper, *Searching for the Path to Community Voice.*
54. Judith Maxwell, *Social Dimensions of Economic Growth.*
55. Peggy Mahon, information concernant le *PATH People's School on Health*, novembre 1999.
56. *Future Direction in the Health Care System ... Establishing District Health Authorities* (Halifax : ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, 1^{er} novembre 1999).
57. *Travailler ensemble : Une initiative conjointe du gouvernement du Canada et du secteur bénévole* (Rapport des Tables de concertation, août 1999), p. 15.
58. Keith G. Banting, « The Economic and Political Context of Healthy Public Policy », Actes de colloque, *Healthy Public Policy Development – Science, Art, or Chance?* (Saskatoon : Prairie Region Health Promotion Research Centre, avril 1996), p. 17.
59. Correspondance avec Fiona Chin-Yee, Santé Canada, 25 novembre 1999.
60. *Intersectorial Action ... Towards Population Health*, p. 6.
61. *Promoting Women's Health: Making Inroads into Canadian Health Policy. Synopsis* (Ottawa : Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada, janvier 1999), p. 20.
62. Anne Webb, 'Never Give Up' Women Making Policy Change. *Lessons from the Community, Nova Scotia* (Halifax : Projet de recherche sur les femmes dans l'élaboration des politiques gouvernementales, CESFM, septembre 1999), p. 19.
63. *Capacity Building, Linking Community Experience to Public Policy.* Ébauche. (Halifax : Direction des programmes et de la promotion de la santé, Santé Canada, région de l'Atlantique, septembre 1999), p. 8.
64. Erminie J. Cohen, *Sounding the Alarm: Poverty in Canada* (Ottawa, 1997), p. viii.
65. *Guidelines for a Credible and Inclusive Process for Public Policy Development, Implementation and Reform.* Ébauche. (Halifax : Condition féminine Canada et Projet de recherche sur les femmes dans l'élaboration des politiques gouvernementales, CESFM, 1999).
66. *Capacity Building, Linking Community Experience to Public Policy.*

Bibliographie

- Allen, David et Katherine Stewart. « The Federal Family Violence Initiative: A Case Study in Healthy Public Policy Development ». Actes de colloque, *Healthy Public Policy Development – Science, Art, or Chance?* Saskatoon : Prairie Region Health Promotion Research Centre, avril 1996, p. 33–38.
- Bailey, Sue. *Income Inequality Means Poor Health*. Ottawa : The Canadian Press, 1999.
- Baker, Maureen. *The Restructuring of the Canadian Welfare State: Ideology and Policy*. Sydney : Social Policy Research Centre, University of New South Wales, 1998. En direct : <http://www.sprc.unsw.edu.au/papers/dp77htm>.
- Banting, Keith G. « The Economic and Political Context of Healthy Public Policy ». Actes de colloque, *Healthy Public Policy Development – Science, Art, or Chance?* Saskatoon : Prairie Region Health Promotion Research Centre, avril 1996, p. 17–25.
- Bissio, Robert, éd. *Social Watch*, 1999. No. 3. Montevideo : Instituto del Tercer Mundo, Montevideo, 1999.
- Bissio, Robert, éd. *Social Watch*, 2000. No. 4. Montevideo : Instituto del Tercer Mundo, Montevideo, sur la point de paraître. Chapitre en ébauche sur le Canada.
- Building Consensus for a Sustainable Future. Guiding Principles*. Tables rondes canadiennes, août 1993.
- Burge, Marie. *Reflections on the Findings of the Think Tank on Child Poverty*. Charlottetown : Cooper Institute, 29 juin 1998.
- Capacity Building, Linking Community Experience to Public Policy*. Ébauche. Halifax : Direction des programmes et de la promotion de la santé, Santé Canada, région de l'Atlantique, septembre 1999.
- Catano, Janis Wood avec le réseau pour la promotion de la santé communautaire (Atlantique). *Child Poverty in the Atlantic Region: A Discussion Paper*. Halifax : Direction des programmes et de la promotion de la santé, Santé Canada, région de l'Atlantique, janvier 1998.
- Chin-Yee, Fiona. *Shifting the Goal Posts and Changing the Rules: The Privatization of the Canadian Health Care System*. Thèse soumise pour satisfaire une part des exigences de la maîtrise en art (sociologie), Acadia University, automne 1997.
- Circle of Health - Family Violence Prevention Initiatives in Atlantic Canada, Highlights*. Coordonné par Transition House Association PEI, avec un financement de Santé Canada, Direction des programmes et de la promotion de la santé, région de l'Atlantique, 1998.
- Cohen, Erminie J. *Sounding the Alarm: Poverty in Canada*. Ottawa, 1997.
- Colman, Ronald. *The Economic Value of Civic & Voluntary Work in Nova Scotia*. Halifax : GPI Atlantic, 1998.
- . *The Economic Value of Unpaid Housework and Child Care in Nova Scotia*. Halifax : GPI Atlantic, 1998.
- . *Measuring Sustainable Development: Application of the Genuine Progress Index to Nova Scotia*. Halifax : GPI Atlantic, janvier 1998.
- Devon Dodd, Julie, et. al. *Moving Beyond Hope. Consumers & Communities in Policy Development. Perspectives from Four Atlantic Region Projects*. Un document préparé pour le Colloque de l'Association canadienne de santé publique, juillet 1997.
- Finkel, Alvin. « Origins of the Welfare State in Canada » dans Raymond Blake et Jeff Keshen, éd., *Social Welfare Policy in Canada: Historical Readings*. Toronto : Copp Clark, 1995.
- . *Our Lives: Canada After 1945*. Toronto : Lorimer, 1997.
- First Annual Labour Market Partner's Forum*. Ébauche d'un document de travail sur la Commission canadienne de mise en valeur de la main d'œuvre.
- Future Direction of the Health Care System...Establishing District Health Authorities*. Halifax : ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse, Nouvelle-Écosse, 1er novembre 1999.
- Government by Design*. Halifax : Province de la Nouvelle-Écosse, 1997. En direct : <http://www.gov.ns.ca/fina/financial/budget97/gbd>
-

- Guidelines for a Credible and Inclusive Process for Public Policy Development, Implementation and Reform*. Ébauche. Halifax : Condition féminine Canada et Projet de recherche sur les femmes dans l'élaboration des politiques gouvernementales, CESFM, 1999.
- Guildford, Janet. *The Development of the Welfare State in Canada*. Ébauche, 1999.
- . *Feminists for a Just and Equitable Public Policy: A Study of the Experiences of a Coalition of Nova Scotian Community-based Women's Groups in the Public Policy Process*. Ébauche, novembre 1999.
- Healthy Public Policy Development – Science, Art or Chance?* Actes de colloque. Saskatoon : Prairie Region Health Promotion Research Centre, avril 1996.
- L'Action intersectorielle ... pour une population en santé*. Rapport du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. Santé Canada, juin 1999.
- Key Learning from HPPB, Atlantic's Work on Child Poverty, 1997-1998*. Halifax : Santé Canada, région de l'Atlantique, 1998.
- Kitchen, Brigitte. « The Marsh Report Revisited », dans Donald Avery et Roger Hall, éd. *Coming of Age: Readings in Canadian History Since World War II*. Toronto : Harcourt Brace, 1996.
- Lalonde, Marc. *A New Perspective on the Health of Canadians; A working document*. Ottawa : Santé Canada, 1974.
- Lomas, Jonathan. *Improving Research Dissemination and Uptake in the Health Sector: Beyond the Sound of One Hand Clapping*. Document préparé à l'intention du Comité consultatif sur les services de santé pour la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres. Juin 1997.
- Macdonald, Margie. Santé Canada, Direction des programmes et de la promotion de la santé. Entrevue avec Grant Wanzel. Notes et information sur le Creighton Gerrish Initiative.
- Mahon, Peggy. St. Francis Xavier Extension Department. Information sur Taking Control and Making Changes, the People Assessing Their Health project, et le *People's School on Health*.
- Mahon, Peggy. Thèse en cours, maîtrise en Éducation des adultes. St Francis Xavier University, 2001.
- Maxwell, Judith. *Social Dimensions of Economic Growth*. Eric J. Hanson Memorial Lecture, University of Alberta. 25 janvier 1996.
- McQuaig, Linda. *Shooting the Hippo*. Toronto : Penguin Books, 1996.
- Millar, John. « Public Policy, Health Policy, Healthy Public Policy: What's the Difference? » Actes de colloque, *Healthy Public Policy Development – Science, Art, or Chance?* Saskatoon : Prairie Region Health Promotion Research Centre, avril 1996. p. 1-6.
- « National child poverty numbers on the rise », *Cape Breton Post*, 24 novembre 1999.
- Novick, Marvyn et Richard Shillington. *Mission for the Millennium: A Comprehensive Strategy for Children and Youth*. Document de travail n° 2 pour la Campagne 2000. Novembre 1997. En direct : <http://www.campaign2000.ca/discussion.htm>.
- Our Healthier Nation*, Livre vert présenté au Parlement du Royaume-Uni, 1998.
- PATHways to Building Healthy Communities in Eastern Nova Scotia*, The PATH Project Resource. Antigonish : Antigonish Women's Resource Centre, 1997.
- Promouvoir la santé des femmes : infléchir la politique canadienne de la santé*. Synopsis. Ottawa : Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada, janvier 1999.
- Rachlaj, Michael. *Intersectoral Action for Health*. Ébauche. Préparé pour APCH, 21 mai 1998.
- Raphael, Dennis. *Keynote Presentation to the Pathways to Health Conference*, Antigonish, N.-É., 15 mai 1999.
- . « Public Health Responses to Health Inequalities », *Revue Canadienne de Santé Publique* 89(6) novembre-décembre 1998, pp. 380-81.

- Raye, Barbara. *Working Together Rather than Working Alone – A Collaboration Model presented to Ramsey County*. St. Paul : Amherst H. Wilder Foundation, 1992.
- Ross, David. « Child Poverty in Canada: Recasting the Issue ». Aide-mémoire, avril 1998. En direct : <http://www.ccsd.ca/pubs/recastin.htm>.
- . « Measuring social progress, starting with the well-being of Canada's children, youth and families », aide-mémoire pour « la conférence nationale Canada's Children ... Canada's Future », 25 novembre 1996.
- . « Le bien-être de l'enfant et le revenu familial : un nouveau regard au débat sur la pauvreté », Conseil canadien de développement social, *aperçu* # 8 (13 avril 1998). En direct : <http://www.ccsd.ca/perception/insite8.htm>.
- . « Who will speak for Canada's Children? », Conseil canadien de développement social, *Perception Magazine* 20(1) 1996.
- et Paul Roberts. « Does family income affect the healthy development of children? », Conseil canadien de développement social, *Perception Magazine* 21(1) June 1997.
- . *Income and Child Well-Being, A New Perspective on the Poverty Debate*. Ottawa : Conseil canadien de développement social, 1999.
- Ross, Glynis. « Addressing child poverty », *The Chronicle-Herald*, 27 novembre 1999, p. B.7.
- Schlein, Lisa. « WHO study paints grim picture of Canada's natives », *The Chronicle-Herald*, 27 novembre 1999.
- Schneider, Ruth M. *Growing Together: Cape Breton Northside/Victoria Community Consultation*. Rapport provisoire. Cape Breton Wellness Centre. Octobre 1999.
- . *PATH Project Evaluation*, décembre 1997. Document non publié.
- Scott, Katherine. « Investing in Canada's Children: Our Current Record », *Séries Insight*, 1997. En direct : http://www.ccsd.ca/per_ins.htm.
- Searching for the Path to Community Voice in Health Promotion: Another Step in Population Health Approach*. Charlottetown : Cooper Institute, 31 mars 1998.
- Social Exclusion, Jobs and Poverty in the Americas. An Issue Paper from Civil Society. Résumé et recommandations*. Common Frontiers, 1999.
- Snow, Claude. *Reflections on Social Investment in the Acadian Peninsula Region*. 7 juillet 1999. Document non publié.
- Statistique Canada, *Travail non rémunéré des ménages : mesure et évaluation*, catalogue n° 13-603E, 1995.
- Statistique Canada, *Portrait statistique des femmes au Canada*, catalogue n° 89-503, août 1995.
- Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999.
- Wanzel, Grant. Dalhousie University. Information sur la Creighton Gerrish Development Association.
- Webb, Anne. « Never Give Up » *Women Making Policy Change. Lessons from the Community, Nova Scotia*. Halifax : Projet de recherche sur les femmes dans l'élaboration des politiques gouvernementales, CESFM, septembre 1999.
- Whitmore, Elizabeth et Maureen Wilson. *Seeds of Fire: International Social Development in an Age of Globalization*. Canadian Consortium for International Social Development. Winnipeg : Fernwood Press, publication prévue pour le printemps 2000.
- Williamson, D. L. et L. Reutter. « Defining and Measuring Poverty: Implications for the Health of Canadians », *Health Promotion International* 14(4) 1999, pp. 355-63.
- Winer, Michael and Karen Ray. *Collaboration Handbook: Creating, Sustaining, and Enjoying the Journey*. St. Paul : Amherst H. Wilder Foundation, 1994.
- Working Together: A Government of Canada/Voluntary Sector Joint Initiative*. Voluntary Sector Task Force. Rapport des tables de concertation, août 1999. En direct : <http://www.web.net/vsr-trsb/publications/pco-f.html>.

Le CESFM est financé par Dalhousie University et le IWK Grace Health Centre, ainsi que par le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada et par de généreux dons anonymes.



Maritime Centre of Excellence for Women's Health

Le Centre D'Excellence pour la Santé des Femmes-Region des Maritimes

5940 South Street
PO Box / CP 3070 - Halifax
Nova Scotia/Nouvelle Écosse
Canada B3J 3G9

Tel/Tél (902) 420-6725

Toll Free/Linge sans Frais
1-888-658-1112

Fax/Télécopieur
(902) 420-6752

E-Mail/Courrier Électr.
MCEWH@dal.ca

Website
www.medicine.dal.ca/mcewh

